

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO PÚBLICA  
PARA O DESENVOLVIMENTO DO NORDESTE**

**EDLANE MARTINS DE ANDRADE**

.

**AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS  
REGIONAIS GERENCIADOS PELOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE DO  
CEARÁ**

**RECIFE  
2016**

EDLANE MARTINS DE ANDRADE

AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS REGIONAIS  
GERENCIADOS PELOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE DO CEARÁ

Dissertação apresentada à Coordenação do  
Curso de Mestrado Profissional em Gestão  
Pública para o Desenvolvimento do Nordeste  
pela Universidade Federal de Pernambuco.  
Área de Concentração: Gestão Pública para o  
Desenvolvimento Regional. Linha de  
Pesquisa: Instituições e Políticas Públicas.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Alexandrina Sobreira.

Recife  
2016

Catálogo na Fonte  
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

A553a Andrade, Edlane Martins de  
Avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas Regionais  
gerenciados pelos Consórcios Públicos de Saúde do Ceará / Edlane Martins  
de Andrade. - 2016.  
103 folhas : il. 30 cm.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Alexandrina Sobreira.  
Dissertação (Mestrado em Gestão Pública) – Universidade Federal de  
Pernambuco, CCSA, 2016.  
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Serviço público. 2. Saúde bucal. 3. Consultórios odontológicos. 4.  
Serviços de odontologia comunitária. 5. Saúde pública –  
Administração. I. Sobreira, Alexandrina (Orientadora). II. Título.

351 CDD (22.ed.) UFPE (CSA 2016 – 104)

EDLANE MARTINS DE ANDRADE

**AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS  
REGIONAIS GERENCIADOS PELOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE DO  
CEARÁ**

Dissertação apresentada à Coordenação do  
Curso de Mestrado Profissional em Gestão  
Pública para o Desenvolvimento do Nordeste  
pela Universidade Federal de Pernambuco.  
Área de Concentração: Gestão Pública para o  
Desenvolvimento Regional

Aprovado em: 30/03/2016.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Alexandrina Sobreira (Orientadora)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof. Dr. Francisco Jatobá de Andrade (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Cristine Vieira do Bonfim (Examinador Externo)  
Fundação Joaquim Nabuco

A Deus,  
ao meu esposo Fernando,  
aos meus pais, Edson e Eliane,  
as minhas irmãs Edlene e Erika,e  
a minha tia Irismar.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, quem me deu forças e possibilitou conquistar meus sonhos.

À minha orientadora Alexandrina Sobreira, pelos momentos valiosos de conhecimento, postura ética e simplicidade.

Ao professor Francisco Jatobá e a professora Cristine Bonfim que aceitaram fazer parte da banca de qualificação e de defesa desta dissertação. Todo meu agradecimento e reconhecimento pelas valiosas contribuições.

Aos professores do mestrado pelas aulas dispensadas que possibilitaram novos conhecimentos e desenvolvimento profissional.

Aos funcionários do curso de Mestrado em Gestão Pública que sempre foram solícitos ao me receber, em especial a funcionária Juliana Henrique pela sua receptividade, intermediações e profissionalismo.

A todos os meus colegas de mestrado pelos momentos que pudemos desfrutar juntos. Foi um prazer tê-los conhecido. Em especial agradeço a amizade de Wivianne, David, Alexandre, Miguel e Paulo Ricardo pela troca de experiências e momentos compartilhados durante essa caminhada.

Ao amigo Mário César pela paciência, presteza e atenção ao ajudar conduzir este trabalho nos momentos de dificuldade. Serei sempre grata pela sua disponibilidade. Minha mais profunda estima e admiração.

As funcionárias do Núcleo Técnico de Saúde Bucal da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, que por meio de informações contribuiriam enormemente para a elaboração da pesquisa, em especial a Dra. Giselle Pessoa, Dra. Lia Brasil e Maria Leonicia (Leo) pela disponibilidade e dedicação ao serviço público.

À Janini Rosas, amiga fiel que me apoiou a ingressar no mestrado, e que sempre compreendeu meus momentos de ausência. Muito obrigada pelo apoio e amizade.

Aos meus pais e minhas irmãs todo meu amor e agradecimento desde a torcida no processo seletivo para ingressar no mestrado às madrugadas acordados em que me buscavam nas vindas de viagens. Com vocês aprendi a ter coragem e a me sentir segura em perseguir meus sonhos com honestidade, caráter e amor ao próximo.

Agradeço a esposo Fernando por todo o amor, paciência, dedicação e compreensão nos momentos em que não pude estar presente; e na escuta atenciosa de todas as minhas inquietações. Obrigada pelas vezes em que colocasse meus sonhos a frente dos teus.

A todos os meus familiares, aos cunhados Bruno e Gabriel e os amigos, em especial Marileide e Inaldo, que se privaram da minha convivência, mas que sempre se mantiveram ao meu lado mesmo quando estava longe.

O meu muito obrigada a todos os amigos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

” Foi o tempo que dedicastes à tua rosa que a fez  
tão importante “

(Antoine de Saint-Exupéry)



## RESUMO

Este trabalho teve como objetivo avaliar o desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas Regionais gerenciados pelos consórcios públicos de saúde no estado do Ceará nos anos de 2013, 2014 e 2015. Optar por essas unidades atribuiu-se ao fato de ser um caso inédito de um modelo de gestão consorciado aplicado ao serviço público odontológico especializado e normatizado pela Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente. Norteada a investigação em verificar se os serviços ofertados nesse modelo de gestão são eficazes, utilizou-se como abordagem metodológica a pesquisa avaliativa de natureza quantitativa aplicando o índice de Cumprimento Global de Metas (CGM) conforme os procedimentos preconizados pela Portaria N. 1464/11 para qualificar as atividades dessas dezesseis unidades. A investigação envolveu revisão bibliográfica, análise documental e fontes de dados secundários que permitiram contextualizar a atenção secundária na política de saúde bucal do estado. Verificou-se uma expressiva expansão de serviços odontológicos públicos especializados nos três anos analisados, com melhor rendimento para o ano de 2015. O resultado da avaliação de desempenho, ainda que não tenham trazido resultados satisfatórios, demonstraram dados crescentes num quadro progressivo de avanço; pois do ano de 2013 para 2015, o desempenho considerado como bom ou ótimo cresceu de 12,5% para 43,8% enquanto que a classificação de regular e ruim caiu de 87,5% para 56,2% no mesmo intervalo de tempo. O estudo ainda permitiu identificar que apesar dos consórcios públicos de saúde serem instrumentos de planejamento para organizar o fluxo dos pacientes que buscam de assistência odontológica; estes por si só não garantiram o acesso dos cidadãos a esses serviços; tendo em vista, que estes dependiam da atuação de referências municipais estabelecidas por meio da pactuações entre os municípios e o Estado. Por fim, alguns desafios ficaram a serem sugeridos em trabalhos futuros, um deles se trata da continuidade do processo avaliativo para os anos subsequentes analisando a produção de desempenho com outras variáveis e o outro, seria de fortalecer a institucionalidade da política de saúde bucal assegurando como direito de cidadania aos cearenses que, em contextos adversos, esses equipamentos de saúde não sejam subutilizados.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Centro de Especialidades Odontológicas. Consórcios Públicos de Saúde.

## **ABSTRACT**

This study aimed to evaluate the performance of Regional Dental Specialty Centers managed by public health consortium in the state of Ceara in the years 2013, 2014 and 2015. Opting for these units was attributed to being a unique case of a model intercropping of management applied to specialized dental public service and regulated by the National Oral Health Policy - Smiling Brazil. Guided research to verify that the services offered in this management model are effective, it was used as a methodological approach to evaluative research quantitative applying the Global Compliance index Goals (CGM) as the procedures recommended by Decree N. 1464/11 to describe the activities of these sixteen units. The research involved literature review, document analysis and sources of secondary data that allowed contextualize secondary care in the health policy of the state. There was a significant expansion of dental services specialized in the three years analyzed, with better performance for the year 2015. The result of the performance evaluation, although they have not brought satisfactory results, demonstrated growing data in a progressive frame advance; since the year 2013 to 2015, performance considered as good or excellent increased from 12.5% to 43.8% while that of regular and bad rating fell from 87.5% to 56.2% in the same time interval. The study also identified that despite public health consortia are planning tools to organize the flow of patients seeking dental care; these alone did not guarantee citizens' access to such services; with a view, they depended on the performance of municipal references established by pacts between municipalities and the state. Finally, some challenges were to be suggested in future work, one of them is the continuation of the evaluation process for subsequent years analyzing the performance of production with other variables and the other would be to strengthen the institutional framework of health policy ensuring as right to citizenship Cearense that in adverse contexts, these health facilities are not underutilized.

**KeyWords:** Public Policy. Dental Specialty Center. Health Public Consortium.

## LISTA DE FIGURAS

|                                                                                         |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 - Ciclo Improved Model (modelo aperfeiçoado).....                              | 33 |
| Figura 2 – Principais ações da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente.... | 42 |
| Figura 3 - As Cinco macrorregiões de saúde do Ceará.....                                | 61 |
| Figura 4 - As vinte e duas microrregiões de saúde do Ceará.....                         | 62 |
| Figura 5 - Localização dos centros de especialidades odontológicas regionais do Ceará   | 67 |

## LISTA DE GRÁFICOS

|                                                                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gráfico 1 - Número de equipes de saúde bucal implantadas.....                                               | 42 |
| Gráfico 2 - Número de municípios atendidos.....                                                             | 43 |
| Gráfico 3 - Valores transferidos fundo a fundo.....                                                         | 44 |
| Gráfico 4 - Número de CEO implantados.....                                                                  | 46 |
| Gráfico 5 - Número de próteses dentárias.....                                                               | 47 |
| Gráfico 6 - Número de CEO implantados no Ceará.....                                                         | 54 |
| Gráfico 7 – Valores transferidos fundo a fundo para o Ceará.....                                            | 54 |
| Gráfico 8 – CEOs regionais que atingiram meta em procedimentos básicos.....                                 | 73 |
| Gráfico 9 – CEOs regionais que atingiram meta em procedimentos restauradores.....                           | 73 |
| Gráfico 10 – CEOs regionais que atingiram meta em procedimentos periodontais.....                           | 74 |
| Gráfico 11 – CEOs regionais que atingiram meta em procedimentos endodônticos.....                           | 75 |
| Gráfico 12 – CEOs regionais que atingiram meta em procedimentos endodônticos em dentes trirradiculares..... | 75 |
| Gráfico13 - CEOs regionais que atingiram meta em procedimentos em cirurgia oral.....                        | 76 |
| Gráfico 14 – Desempenho das especialidades odontológicas.....                                               | 77 |
| Gráfico 15 - Desempenho dos CEOs regionais gerenciados pelos consórcios públicos de saúde.....              | 78 |
| Gráfico 16 – Agrupamento de desempenhos dos CEOs regionais.....                                             | 78 |

## **LISTA DE QUADROS**

|                                                                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Quadro 1 - Principais portarias ministeriais relativas à saúde bucal.....          | 48 |
| Quadro 2 – Indicadores de desempenho do CEOs regionais.....                        | 62 |
| Quadro 3 – Modelo de rateio de custeio do centro de especialidades odontológicas.. | 70 |

## LISTA DE TABELAS

|                                                                                            |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1 – Localização dos CEOs regionais e número de municípios por área abrangência..... | 68 |
| Tabela 2 – Produção mensal dos 16 CEO regionais nos anos de 2013, 2014 e 2015..            | 71 |
| Tabela 3 – Índice do cumprimento global de metas (CGM) dos CEOs regionais.....             | 72 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

|           |                                                                                         |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| AMC       | Associação Médica Cearense                                                              |
| BID       | Banco Interamericano de Desenvolvimento                                                 |
| CAP       | Caixas de Aposentadoria e Pensões                                                       |
| CEO       | Centro de Especialidades Odontológicas                                                  |
| CEOs      | Centros de Especialidades Odontológicas                                                 |
| CEOs-R    | Centros de Especialidades Odontológicas Regional                                        |
| CNSB      | Conferência Nacional de Saúde Bucal                                                     |
| CORAC     | Coordenadoria de Regulação, Avaliação, Auditoria e Controle                             |
| CNES      | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde                                          |
| CPO-D     | Dentes Cariados, Perdidos e Obturados                                                   |
| CRES      | Coordenadoria Regional de Saúde                                                         |
| ENATESPO  | Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico         |
| ESF       | Estratégia de Saúde da Família                                                          |
| ESP       | Escola de Saúde Pública de Ceará.                                                       |
| LRPD      | Laboratórios Regionais de Prótese Dentária                                              |
| MAC       | Média e Alta Complexidade                                                               |
| IAP       | Institutos de Aposentadoria e Pensões                                                   |
| IBGE      | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                                         |
| ICMS      | Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Serviços                                      |
| IPEA      | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada                                                |
| INAMPS    | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social                          |
| MAPP      | Monitoramento e Acompanhamento dos Projetos Prioritários                                |
| MBRO      | Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica                                          |
| NUICS     | Núcleo de Informação e Controle de Serviços de Saúde                                    |
| OSS       | Organização Social de Saúde                                                             |
| PDR       | Plano Diretor de Regionalização                                                         |
| PN SB     | Política Nacional de Saúde Bucal                                                        |
| PPC       | Pactuação Programada Consorciada                                                        |
| PROEXMAES | Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde do Estado do Ceará |
| RCPD      | Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência                                               |

|          |                                                              |
|----------|--------------------------------------------------------------|
| SADT     | Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia                    |
| SAMU     | Serviço Móvel de Atendimento de Urgência                     |
| SAME     | Serviço de Arquivo Médico e Estatística                      |
| SB CEARÁ | Levantamento Epidemiológico Estadual de Saúde Bucal do Ceará |
| SESA     | Secretaria de Saúde                                          |
| SESP     | Serviço Especial de Saúde Pública                            |
| SIA      | Sistema de Informação Ambulatorial                           |
| SIGES    | Sistema Integrado de Gestão em Saúde                         |
| SUS      | Sistema Único de Saúde                                       |
| UFC      | Universidade Federal do Ceará                                |



## SUMÁRIO

|            |                                                                                         |           |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b>   | <b>INTRODUÇÃO.....</b>                                                                  | <b>18</b> |
| <b>2</b>   | <b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>                                                       | <b>23</b> |
| <b>2.1</b> | <b>Políticas públicas.....</b>                                                          | <b>23</b> |
| 2.1.1      | Conceitos de políticas públicas.....                                                    | 23        |
| 2.1.2      | Quando uma política se torna pública por meio das instituições, ideias e atores.....    | 25        |
| 2.1.3      | Ciclo de políticas públicas.....                                                        | 28        |
| <b>2.2</b> | <b>Política Nacional de Saúde Bucal.....</b>                                            | <b>35</b> |
| 2.2.1      | Da política ineficiente ao Brasil Sorridente.....                                       | 35        |
| 2.2.2      | O Brasil Sorridente na política de saúde pública.....                                   | 39        |
| 2.2.3      | Os centros de especialidades odontológicas na assistência à saúde bucal.....            | 44        |
| 2.2.4      | Indicadores e avaliação da saúde bucal especializada.....                               | 48        |
| <b>2.3</b> | <b>O contexto local do Ceará na assistência odontológica especializada.....</b>         | <b>52</b> |
| 2.3.1      | Programa de expansão e melhoria da assistência especializada à saúde.....               | 55        |
| 2.3.2      | Os consórcios públicos no gerenciamento dos CEOS regionais do Ceará.....                | 57        |
| <b>3</b>   | <b>METODOLOGIA.....</b>                                                                 | <b>59</b> |
| <b>3.1</b> | <b>Abordagem metodológica.....</b>                                                      | <b>59</b> |
| <b>3.2</b> | <b>Cenário da pesquisa.....</b>                                                         | <b>60</b> |
| 3.2.1      | Localização dos CEOS regionais nas microrregiões de saúde.....                          | 60        |
| 3.2.2      | Componentes interfederativo de financiamento dos CEOS regionais.....                    | 63        |
| <b>3.3</b> | <b>Crterios para Seleção de avaliação dos CEOS regionais.....</b>                       | <b>63</b> |
| 3.3.1      | Seleção dos indicadores de saúde bucal especializadas.....                              | 63        |
| 3.3.2      | Seleção dos serviços especializados de saúde bucal.....                                 | 64        |
| 3.3.3      | Seleção do período.....                                                                 | 64        |
| 3.3.4      | Levantamento das fontes de dados da produção ambulatorial.....                          | 64        |
| <b>3.4</b> | <b>Tratamento estatístico dos dados.....</b>                                            | <b>66</b> |
| <b>3.5</b> | <b>Considerações éticas.....</b>                                                        | <b>66</b> |
| <b>4</b>   | <b>RESULTADOS.....</b>                                                                  | <b>67</b> |
| <b>4.1</b> | <b>Localização e área de abrangência dos CEOS regionais do Ceará.....</b>               | <b>67</b> |
| <b>4.2</b> | <b>Componentes financeiros dos CEOS regionais.....</b>                                  | <b>69</b> |
| <b>4.3</b> | <b>Desempenho dos procedimentos odontológicas desenvolvidos nos CEOS regionais.....</b> | <b>70</b> |

|     |                                                                                             |     |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4.4 | Desempenho dos subgrupos conforme as metas estabelecidas pela portaria n.1464/11 ms/gm..... | 72  |
| 4.5 | Desempenho dos CEOS regionais.....                                                          | 77  |
| 5   | DISCUSSÃO.....                                                                              | 79  |
| 6   | CONSIDERAÇÕES FINAIS.....                                                                   | 83  |
|     | REFERÊNCIAS.....                                                                            | 84  |
|     | APÊNDICE A - LISTA DE PROCEDIMENTOS CONFORME<br>PORTARIA N.1464/11.....                     | 94  |
|     | APÊNDICE B - PRODUÇÃO MÍNIMA MENSAL PARA OS CEOS<br>REGIONAIS.....                          | 96  |
|     | APÊNDICE C – PLANILHA PARA PREENCHIMENTO<br>AMBULATORIAL.....                               | 97  |
|     | APÊNDICE D - BANCO DE DADOS PARA ANÁLISE ESTATÍSTICA<br>ANO 2015.....                       | 98  |
|     | ANEXO A – MODELO DE TABELA DE CUSTO.....                                                    | 99  |
|     | ANEXO B – PORTARIA MINISTERIAL Nº 1464/11.....                                              | 100 |
|     | ANEXO C – RELATÓRIO SIA/SESA.....                                                           | 102 |
|     | ANEXO D - AUTORIZAÇÃO PARA USO DE MAPAS.....                                                | 103 |

## 1 INTRODUÇÃO

A trajetória das políticas públicas de saúde bucal no Brasil evidenciou, ao longo do século XX, a predominância de um modelo assistencial direcionado a grupos prioritários e/ou de caráter eminentemente emergencial curativo-mutilador. As ações do Estado baseada na oferta de serviços imediatistas às queixas dos indivíduos, buscava por manter em boas condições a força de trabalho, o que configurou por entre décadas, um sistema de pouca efetividade. A inflexão mais expressiva nesta política só ocorreu nos anos 2000, com a inserção voluntária de equipes de saúde bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família e, em 2004, com a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (BRASIL, 2004b).

A partir de então, com a PNSB reafirmando os princípios do SUS, que se expandiram as ações para toda a população e a reorganização de um novo modelo de atenção em saúde bucal, abrangendo ações básicas e especializadas. Nessa perspectiva, a assistência odontológica entrou na agenda de prioridades do Governo Federal, orientada pelas diretrizes do SUS, da universalidade e da integralidade de sua atenção (BRASIL, 2004b).

Considerando que o Brasil é um país de grande extensão territorial, heterogêneo e federativo, esta política se configurou de diversas formas a depender da trajetória e do contexto de sua implementação, bem como, a influência das instituições e dos atores envolvidos com ela. Visto que a redução de algumas doenças bucais, como a cárie, não se deu de maneira uniforme em todo país, nem tampouco entre grupos sociais (ARRETCHE, 2004).

Dados recentes evidenciaram uma melhoria nas condições de saúde bucal da população brasileira no período compreendido entre 2003 e 2010. Observou-se redução de 26% na prevalência da cárie aos grupos de 12 anos e de 39% entre os adolescentes. Registrou-se, ainda, 44% de crianças livres de cárie, significando cerca de 1,6 milhões de dentes que deixaram de ser afetados pela doença nessa idade. Também houve declínio de 19% da doença para os adultos, com o aumento do componente obturado, refletindo uma melhoria no acesso aos serviços de saúde bucal e uma prática odontológica curativo-restauradora. Com isso, o Brasil entrou para o grupo de países com baixa prevalência de cárie segundo a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) (BRASIL, 2011).

Entretanto, ainda que pese a melhoria de alguns indicadores nas últimas décadas, grandes problemas de saúde bucal como a doença periodontal e o edentulismo persistem, visto a dívida histórica de necessidades acumuladas decorrentes de uma conformação histórico-estrutural dos modelos assistenciais não resolutivos.

Uma forma de contemplar a integralidade, por meio de um sistema de saúde que permita atender às demandas e necessidades do indivíduo, foi à implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), que compreende ofertar minimamente serviços especializados em endodontia, periodontia, cirurgias oral menor e atendimento a pacientes com necessidades especiais. Os CEOs são colocados como dispositivos centrais dessa política, já que, por meio deles, estaria assegurada a continuidade do atendimento, que representa um aspecto crítico para atenção integral (BRASIL, 2004b)

Assegurar essa assistência na área de saúde bucal tem sido um grande desafio, pois uma lacuna relativa à avaliação dos serviços públicos que oferecem tratamentos odontológicos especializados tem sido alvo de esforço no sentido de desenvolver instrumentos que, permitam a partir dos resultados, melhorar o *status* de saúde da população (FELISBERTO, 2006; BIERIG, 1998).

A abordagem a essa afirmação perpassa para Donabedian (1988), que avaliar programas, políticas ou serviços de saúde exige do objeto apreciado uma interface, que de um lado corresponde à avaliação tecnológica com a qualidade; e de outro, com a ciência social, política e planejamento.

É portanto, necessário compreender que políticas bem sucedidas requerem processos eficazes e governos eficientes para acomodar e conciliar demandas conflitantes (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013). O fundamento mediato das políticas públicas, que justifica o seu aparecimento, é a própria existência dos direitos sociais àqueles, dentre o rol de direitos fundamentais do homem, que se concretizam por meio de prestações positivas do Estado (BOBBIO, 1992).

Evidências de esforços empreendidos na relação entre os atores sociais e institucionais denotam na implantação da democratização, a garantia de equidade social incorporada na agenda política (COSTA, 2013).

Com o propósito de fortalecer os estados e municípios na execução de suas funções e de descentralizar recursos técnicos e financeiros, a organização federativa propôs possibilidades de cooperação, por meio de alternativas institucionais que intensificaram as relações formais de compromisso entre os entes federados utilizando-se por recursos administrativos, os consórcios públicos (RUA; ROMANINI, 2013).

Este modelo de gestão consorcial, com uma visão associativa e não centralizadora, resulta em um melhor aproveitamento de recursos públicos, promovendo uma gestão com visão local, focada nas diferenças e dificuldades peculiares a uma força regional, capaz de

viabilizar recursos financeiros e aumentar o acesso de assistência aos munícipes (RUA; ROMANINI, 2013).

Integrar o conjunto de políticas públicas compartilhadas, fortalecendo os serviços proposto por eles, fez da área da saúde o setor com maior número de consórcios. Essa concentração exige a constituição de instâncias de articulação federativa capaz de se contrapor à excessiva fragmentação da administração pública brasileira se fortalecendo por meio de parcerias, custos fixos e maiores investimentos sobre uma base de usuários (RUA; ROMANINI, 2013).

Compreender que os consórcios públicos são instrumentos dos quais os estados e municípios poderão utilizar-se, é garantir de forma sistemática e abrangente, ações de promoção aos direitos fundamentais dos indivíduos, sobretudo este, à luz do artigo 196 da Constituição Federal de 1988 quando afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado (COSTA, 2013).

Dito isso, o objetivo geral deste estudo foi avaliar o desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas Regionais (CEOs-R) gerenciados pelos consórcios públicos de saúde do Ceará. A pesquisa teve como objetivos específicos: apresentar os consórcios de saúde integrados ao Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde do Estado (PROEXMAES); identificar os CEOs-R inseridos nesse programa; assim como, os serviços ofertados, financiamento e a área de abrangência dessas unidades. Por fim, avaliaram-se os desempenhos dos serviços odontológicos conforme os indicadores estabelecidos pela Portaria Ministerial N. 1464/11/GM/MS.

Este estudo apresentou algumas justificativas interrelacionadas para a sua realização. A primeira delas diz respeito à constatação de que os problemas de saúde bucal são problemas relevantes de saúde pública. Como demonstrou os levantamentos epidemiológicos, que apesar de um declínio da cárie dentária, ainda persistem outros problemas graves como o edentulismo, as doenças periodontais e a necessidade de prótese dentária (BRASIL, 2004a).

Outra justificativa se relaciona a influência do arranjo federativo na formulação e implementação dessa política. O federalismo definido como uma divisão de poder e autoridade governamental em determinado território assegurou a autonomia relativa de gestores aderirem a estratégias administrativas que garantissem melhores resultados. A implantação dos consórcios públicos de saúde permitiu aos entes consorciados, um modelo assistencial que possibilitasse a população ter acesso aos mesmos serviços, fortalecendo a regionalização, por um preço fixo. A sua prática na saúde opera de modo resolutivo no

enfrentamento aos problemas assistenciais de âmbito local (NOGUEIRA; SANTANA; SILVA, 2014).

A configuração de uma política de saúde bucal implementada por um modelo de gestão compartilhada nas ações realizadas pelos Centros de Especialidades Odontológicas no estado do Ceará acarretou na penúltima justificativa desse estudo, que é avaliar no contexto de prover informações, os processos de serviços pelo quais os objetivos estão sendo perseguidos e os resultados efetivamente alcançados (ALA-HARJA; HELGASON, 2000).

A relevância da avaliação passa a assumir papel imprescindível no dimensionamento e na viabilidade de programas, projetos e ações. Além da capacidade de medir o desempenho, esta também, possibilita caminhos alternativos para a reformulação e/ou redirecionamento dos objetivos das ações governamentais. (COSTA, 2013).

Diante dessas questões, optou-se por avaliar os CEOs Regionais do Ceará e a escolha dessas unidades deve-se ao fato de ser um caso inédito de um modelo de gestão consorciado aplicado ao serviço público de saúde bucal especializada. Serviços esses, normatizado na Política Nacional de Saúde Bucal num estado que possui na mesma assistência odontológica dois modelos administrativos: um administração direta (CEOs municipais) e outro, pela administração compartilhada (CEOs regionais).

Por conseguinte, após os apontamentos dos principais argumentos que justificaram a realização desse estudo, vale destacar a questão que norteou a investigação: os serviços odontológicos especializados ofertados pelos centros de especialidades odontológicas num modelo de gestão consorcial são eficazes?

Por fim, além desta apresentação, o projeto está dividido em outros seis capítulos. No segundo capítulo abordam-se as bases teóricas que transpassam este estudo resgatando os conceitos de políticas públicas; o papel das instituições, ideias e os atores inseridos nesse contexto além da dinâmica de como os temas permeiam no ciclo das políticas públicas. Aborda-se ainda que brevemente, na política nacional de saúde bucal, o histórico de um processo ineficiente ao programa Brasil Sorridente, enfatizando os Centros de Especialidades Odontológicas na assistência especializada da saúde bucal, seus indicadores e a relevância destes na avaliação em prol do fortalecimento da odontologia pública integralizada. Contextualizou-se ainda no referencial, o estado do Ceará nessa assistência, perpassando pelo Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde e os consórcios públicos no gerenciamento dos CEOs Regionais. No terceiro capítulo apresenta-se a metodologia da pesquisa, considerando o cenário de atuação, critérios para seleção da

avaliação, tratamento dos dados estatísticos e as considerações éticas. Na quarto capítulo explanou-se os resultados de desempenho dos procedimentos odontológicos executados nessas unidades, o desempenho dos subgrupos desse conforme as metas pré estabelecidas por fim, o desempenho dessas unidades. Em seguida na quinta seção, trouxe a discussão dos dados e na sexta seção, as considerações finais do trabalho.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 Políticas públicas

As políticas públicas, nascidas nos Estados Unidos, provêm da subárea da Ciência Política como campo de conhecimento e instrução acadêmica. As políticas públicas americanas optavam por compreender a ação do governo e os motivos pelos quais se escolhiam determinadas ações em detrimento de outras. Diferentemente dos propósitos tradicionais dos estudos europeus, o referido tema direcionava seus trabalhos e pesquisas na busca por explicações do Papel do Estado e suas Instituições (SOUZA, 2006).

Para abordar esse tema de dimensões distintas buscando relacionar o conhecimento acadêmico a vida prática, é necessário recorrer e explorar os conceitos e definições evolutivas a partir dos principiadores dessa temática: H. Laswell (1936), H. Simon (1947), C. Lindblom (1959; 1979) e D. Easton (1965), que por diversas vezes conflitantes, incorporaram nesse contexto multidisciplinar, resultados de uma interação complexa entre o Estado e sociedade (SOUZA, 2007).

#### 2.1.1 Conceitos de políticas públicas

Ao estudar políticas públicas, o grande desafio a ser enfrentado é de início a ausência consensual sobre seu conceito. Diversas definições de entendimento recaíram sobre o contexto em que as políticas públicas se apresentavam. Autores defendem perspectivas analíticas diversas enquanto outros defendem, de forma radical (RUA; ROMANINI, 2013).

Em 1936, Laswell conceituou a política pública como um programa projetado com metas, valores e práticas; além de utilizar a expressão *policy analysis* (análise de política pública) de maneira a conciliar o conhecimento científico e acadêmico aos resultados empírico dos governos, estabelecendo o entendimento no diálogo proposto entre cientistas sociais, classes de interesse e governo.

Na obra de Simon (1947), o autor apresentou o conceito da racionalidade limitada aos deliberadores públicos (*policy makers*) sobre às restritas informações, tempo de tomada de decisões, interesses e capacidades de processamento; comprometendo o conhecimento racional. Do mesmo modo que a racionalidade da decisão compreendida na adequação entre os meios e fins que poderiam maximizar ao ponto satisfatório, as estruturas na direção de resultados almejados.



Discordante a ênfase dada ao racionalismo, Lindblom (1959; 1979) incorporou ao conceito de políticas públicas variáveis de formulação e análise as diferentes fases do processo decisório. Além das questões racionais; os papéis das eleições, das burocracias e das classes de interesse sem necessariamente haver em meio a esse processo, um início ou um fim.

Easton (1965) definiu a política pública como um sistema. Um compartilhamento entre formulação, resultados e o ambiente. Neste, a influência da mídia, dos grupos partidários e demais classes de interesse, influenciariam os resultados e os efeitos.

Em 1972, Thomas Dye oferece uma formulação mais sucinta ao descrever que as políticas públicas são todas as ações que um governo decide ou não fazer. O autor apresenta em sua análise a ideia de decisões governamentais conscientes e deliberadas.

Jenkins (1978) integrando dimensões adicionais a sucinta definição de Dye, conceitua o referente tema como um conjunto de decisões inter-relacionadas, tomadas por um ator ou grupo de atores políticos que definem um objetivo e determinam meios para alcançá-los. Vale ressaltar que a busca desses objetivos exigem maior capacidade intelectual dos atores governamentais implementar ações que podem ou não contribuir para o sucesso da *policy-making*.

Para Lowi (1972) e Smith (1977) as políticas públicas se apresentam como uma intervenção da realidade por meio de uma regra formulada pela autoridade governamental expressada numa intenção de influenciar, alterar e regular o comportamento individual ou coletivo por meio de sanções positivas ou negativas deliberadas, repercutindo na decisão de manter o curso atual da ação ou eliminá-la de vez.

Propor um conceito funcional que trate a política pública fundamentalmente com os atores cercados por restrições que tentam compatibilizar os objetivos políticos com os meios num processo caracterizado como resolução aplicada de problemas; identificando-os e implantando soluções encontradas (dar nomes, culpar, moldar e cobrar) é a definição proposta por Felstiner et al. (1980-1); Druckman (2001) e Steinberg (1998).

Saraiva (2006) abordou o tema tratando-o como um fluxo de decisões públicas a estabelecer um equilíbrio social destinado a modificar uma realidade. Numa perspectiva operacional, pode-se afirmar que se trata de um sistema de decisões públicas destinado a manter ou modificar a realidade por meio da definição de objetivos, estratégias de atuação e designação de recursos com propósito de atingir os resultados pré-estabelecidos.

Por fim, pode-se assim dizer que todas as definições postuladas às políticas públicas referem-se a um fenômeno complexo que consiste em inúmeras decisões tomadas por muitos

indivíduos ou organizações no interior do próprio governo; que, por sua vez, influenciam outros atores que operam interna ou externamente no Estado. Observa-se que os efeitos das políticas públicas são adaptados no centro das estruturas, conforme as ideias sustentadas pelos atores. Vale ressaltar, que essas forças afetam as políticas e as decisões relacionadas aos processos antes mesmo de a sua elaboração (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

### 2.1.2 Quando uma política se torna pública por meio das instituições, ideias e atores

Para esse momento, faz-se necessário compreender que existe nesse campo de estudo duas abordagens que se contrapõe ao propósito de tornar a política, uma política pública. As abordagens Policêntrica e Estatocêntrica que permeiam pelo processo de elaboração, implementação e liderança do contexto das políticas públicas, retratam múltiplos centros de tomada de decisão inseridos num conjunto de regras estruturantes e operacionais (SECCHI; 2013).

O que define o caráter público de uma política para essas duas abordagens, são as correntes defendidas por seus autores. De modo geral, enquanto uma assegura que a política é pública por tratar de problemas públicos, ou seja, da coletividade – Policêntrica; a outra, apoia-se no fundamento do poder extroverso e soberano em resolver os problemas públicos, o Estado – Estatocêntrica (RUA; ROMANINI, 2013).

Embora seus pressupostos apresentem algumas diferenças, essas abordagens analíticas tratam o Estado e as instituições sociais como entidades importantes que afetam as escolhas e as ações dos atores políticos. Ambas, buscam explicar a política pública como produto de interações interdependente entre a capacidade do Estado e a ação social (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Essas interações são resultantes de razões orientadas num arcabouço rico e complexo da disposição comportamental das ações dos atores. Respostas esclarecedoras sobre as razões pelas quais uma política é feita de uma forma e não de outra, indicam um olhar amparado nos reflexos das estruturas políticas, econômicas e sociais que os envolvem (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

A abordagem Policêntrica ou Multicêntrica apresentou grande receptividade na década de 1990 trazendo excessiva ênfase do protagonismo dos atores sociais como critério de conceituação do caráter público. Enquanto, as análises da interdependência econômica dos países no sistema internacional previam a redução do papel do Estado, o policentrismo ressaltava a função dos investidores globais, das corporações transnacionais e da ação

autônoma dos atores organizados da sociedade como reafirmadores das políticas públicas (RUA; ROMANINI, 2013).

Nota-se, que na abordagem Multicêntrica o foco são os problemas públicos ao invés dos atores responsáveis por eles, independentes do tomador de decisão ter personalidade jurídica estatal ou não. Nesse entendimento, compreende que o problema público é expresso pela diferença entre a situação atual e uma situação ideal para realidade pública, acrescido de implicações quantitativas ou qualitativas notável de pessoas. Essa percepção é aflorada nos atores envolvidos com o tema (SECCHI, 2013).

No que diz respeito à abordagem Estatocêntrica ou Estatista, essa reconhece as políticas públicas monopólio de atores estatais. A perspectiva pública facultada a uma política consiste em decisões executadas pela autoridade absoluta do Estado, advinda do seu caráter jurídico imperativo com ações amparadas na autoridade do Poder Público (SECCHI, 2013; RUA; ROMANINI, 2013).

Frisar o caráter imperativo do Estado por meio dos instrumentos de políticas públicas: legislação, recursos financeiros e humanos, serviços, linhas de crédito, tributos, subsídios, incentivos diversos e coerção expressam claramente a vertente Estatocêntrica (PINHO, 2011).

Saraiva (2006) nomeou elementos estatais que correspondem à autoridade pública em primígeno lugar:

- a) Institucional: a política elaborada ou decidida por autoridade formal legalmente constituída no âmbito da sua competência;
- b) Decisória: relativo à escolha de fins e/ou meios, de longo ou curto prazo, com resposta a problemas e necessidades;
- c) Comportamental: implicada ao curso de ação e não apenas uma decisão singular; e por fim,
- d) Causal: por produtos de ações que têm efeitos no sistema político e social.

Corroborando com papel crucial de superioridade do Estado (Estatocêntrica) na definição do caráter público de uma *policy*; alguns autores, como David Easton (1970), definiu a política pública como designação imperativa de valores; Guillermo O'Donnell (1989) utilizou a prerrogativa de observar "... o Estado em ação" e Howlett, Ramesh e Perl (2013) em considerar como públicas, as políticas decorrentes de ações e decisões providas do Estado.

As situações nas quais os governos se veem cobrados a responder por problemas públicos, posicionam os governantes, mesmo que simbolicamente, apresentar resoluções satisfatórias às necessidades pretendidas pela sociedade a um custo político demasiadamente

alto de desprestígios, ilegitimidade, fragilidades e forças de oposição (RUA; ROMANINI, 2013).

A tendência Estatista definem as instituições de uma forma restrita compreendidas como estruturas ou organizações reais do Estado, da sociedade e do sistema internacional. Nessa abordagem, pouco se preocupam com as origens dessas instituições tidas como dadas e indiscutíveis. Delas, tomam-se os interesses por suas organizações internas, suas relações com as demais e como isso afeta o comportamento dos atores (MARCH; OLSEN, 1998).

Esses princípios na forma de convenções e regras formais ou informais, como também de preocupações éticas, ideológicas e epistêmicas, ajudam a modelar o comportamento dos atores ao condicionarem a percepção de seus interesses contemplados na política pública (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Para gerar e implementar as políticas de forma eficaz numa democracia-capitalista<sup>1</sup>, o Estado necessita está organizado e contar com apoios de atores sociais por meio de uma relação complexa. O rompimento dessa vinculação fortalece, de certo modo, a autonomia do Estado ao mesmo tempo que limita sua capacidade política de mobilizar os atores sociais em resoluções de problemas societários. Ocasionalmente inclusive, a máxima do Estado ver seu funcionamento paralisado mediante a severidade do problema (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

De modo contrário a essa limitação, a eficácia de uma *policy* resulta de uma situação equilibrada do Estado, quando este estabelece uma relação harmoniosa com uma sociedade forte e parceira, em prol da maximização de sua capacidade e autonomia política (EVANS, 1992).

Lembrando, que os sistemas políticos também tem impacto crucial na capacidade de afetar as políticas públicas do Estado. Um dos aspectos mais significativos dos sistemas políticos são suas designações em ser unitário ou federal. Nos sistemas unitários, existe uma cadeia de comando, interligando os diferentes níveis de governo numa relação de subordinação. O governo apropria-se de todos os poderes de tomada de decisão delegando inclusive, poderes a níveis inferiores de governo. Países como Grã-Bretanha, França, Japão e Tailândia são exemplos de governos unitários (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

---

<sup>1</sup> Um sistema de economia política assente na ideia de que o capitalismo democrático é uma ideologia político-econômica pautada por dois princípios ou regimes conflitantes de alocação de recursos. O primeiro atua conforme a produtividade marginal, ou com aquilo que é exposto como uma vantagem num livre jogo das forças de mercado; enquanto o outro se baseia em necessidades ou direitos sociais, tal como determinados por escolhas coletivas em contextos democráticos (STREECK, 2012).

Nos sistemas políticos federais, a existência de no mínimo dois níveis autônomos de governo, implica em dificuldades de se desenvolver uma política pública consistente e coerente as necessidades apontadas. Acordos intergovernamental, envolvendo negociações complexas e muitas vezes mal sucedidas, restringem as habilidades do governo realizar seus objetivos. Países como Austrália, Brasil, Índia e Nigéria usufruem dessas jurisdições garantidas por constituição (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Outra variável institucional que interfere nas políticas públicas dos sistemas federais são os vínculos existentes entre o executivo, legislativo e judiciário previsto por lei. Nos sistemas parlamentaristas, o executivo é escolhido pelo legislativo e esses, permanecem no poder enquanto apoia a maioria dos legisladores. Nos presidencialistas, o executivo é separado do legislativo, sendo escolhido por meio do voto sem necessitar do consentimento dos parlamentares (BESLEY; CASE, 2003).

Essa fusão entre os poderes executivos e legislativos dos governos nos sistemas parlamentaristas e a sua segregação nos sistemas presidencialistas têm consequências importantes nos processos políticos-administrativos. Pois dado ao objetivo de assegurar apoio para aprovação de medidas políticas pelo legislativo, é comum que o presidente barganhe concessões administrativas e orçamentárias em troca de apoio, alterando dessa maneira, diversas vezes, o propósito da política em questão (BESLEY; CASE, 2003).

Entretanto, contudo que foi mencionado, independente da abordagem adotada, é preciso ter em mente as características comuns presentes nas políticas públicas apontadas por Souza (2006) em que aponta: uma ação intencional com objetivos a serem alcançados; distinção entre o que o governo pretende fazer e o que de fato faz; processos de implementação, execução e avaliação; envolvimento de vários atores e níveis de decisão materializada por meio dos governos; inclusão de participantes formais e informais; abrangência nos procedimentos, recursos, leis e regras e por fim, impactos em curto ou longo período de tempo.

### 2.1.3 Ciclo de políticas públicas

A proposta simplificada de estudar as políticas públicas como um processo foi mencionada pela primeira vez nos trabalhos de Lasswell em 1951. O que ele chamou de ciências políticas (policy sciences) *a posteriori*, de ciclo político-administrativo que se definiu como o conjunto de estágios interrelacionados por meio dos quais, os temas e as deliberações

discorrem de maneira quase que sequencial de insumos, definição dos problemas, até os produtos, considerados de política.

Essa simplificação recebeu distintos tratamentos. Ressaltando, que o ciclo de políticas públicas vai mais além do que meros estágios de insumos e produtos, estendendo-se a esses, às atividades de monitoramento e avaliação (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Em seu constructo, Lasswell (1951) dividiu o processo de política pública em sete estágios: informação, promoção, prescrição, inovação, aplicação, término e avaliação; os quais em sua percepção não só descreviam como as políticas eram citadas, mas também como eram geradas ou produzidas.

Posteriormente, mesmo após seu modelo sofrer algumas críticas no que diz respeito a ignorar as influencias externas sobre o Estado na tomada de decisão e a fase de apreciação dentro do ciclo ser contemplada após o término do processo em etapas estanques; pode-se afirmar que seu modelo teve grande influencia no desenvolvimento dos estudos políticos, tendo na sua formulação a base para outros processos (LINDBLOM, 1959).

Em 1953, David Easton ao propor a Teoria dos Sistemas<sup>2</sup> numa abordagem sistêmica de análise do processo político, o autor reconheceu a existência de um ciclo de políticas públicas compreendido na absorção das demandas (*inputs*), na formulação da política, geração de resultados (*outputs*) e nas respostas do ambiente (*feedback*).

Para tanto, vale apontar o alerta proposto por Peter Bachrach e Morton Baratz (1962) quando advertiram que os modelos das políticas públicas operam de modo seletivo processando questões que não comprometam os interesses dominantes da sociedade.

Corroborando com tal preposição, Smith e Sabatier (1993) observaram que os atores políticos de uma variedade de instituições se associam por razões e crenças comuns, compartilhados de um problema público e de interesses próprios em busca de soluções para suas demandas. Os autores que participam desse processo político em benefício próprio se utilizam da máquina do governo para servir a seus objetivos egoístas.

Com isso, em 1973 Jeffrey Pressman e Aaron Wildavsky, autores pioneiros da implementação, ao analisar as prerrogativas apresentadas na tomada de decisão, inauguraram a nova frente de estudos das políticas públicas afirmando que algumas decisões deliberadas permaneceriam no papel meramente como intenções caso contrário as mesmas não fossem

---

<sup>2</sup> A Teoria dos Sistemas de David Easton é um modelo aplicado à Ciência Política em que trata as políticas como um processo de funcionamento sistêmico fazendo parte do processo político. Processo este sustentado num mundo de instabilidade e contingência por meio de processos de vida (EASTON, 1953).

implementadas, executadas e desenvolvidas por meio de ações capazes de intervir na realidade social.

Pouco tempo depois em 1988, Carol Weiss publicou a primeira obra - *Programs and Policies Designed to Improve the Lot of People* – tratando-se de um material que propunha avaliar medidas capazes de analisar as demandas, processos e resultados dos programas. Ainda que a autora não discutisse a concepção de ciclo de políticas públicas essa parecia implícita às suas proposições.

No modelo proposto por Howlett, Ramesh e Perl (2013), *Improved Model* (Modelo Aperfeiçoado), os autores apresentaram os estágios do ciclo referente às resoluções aplicadas aos problemas correspondentes a cada fase:

- a) Dessa forma, a primeira etapa identificada pela montagem de agenda, se refere ao processo pelos quais os problemas chegam até o governo;
- b) a fase da formulação da política, diz respeito as propostas elaboradas no âmbito governamental;
- c) a terceira fase, a de tomada de decisão, reporta-se ao processo que destina o curso de uma ação ou não das intervenções;
- d) a fase implementação, relaciona o modo pelo qual os governos dão curso efetivo a uma política e, por último;
- e) o estágio de avaliação, referente aos processos que monitoram os resultados das políticas públicas empregadas.

Acrescente-se que esse modelo não somente separa as tarefas conduzidas na *policy-making*, mas também esclarece os diferentes papéis dos atores, instituições e ideias ligadas aos temas trabalhados nas políticas públicas (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Seguindo essa percepção, a montagem da agenda é uma etapa em que quaisquer atores políticos podem estar envolvidos na deploração de um problema e na demanda de ação governamental. Tais atores, independente da quantidade, são considerados o universo da política pública. Na etapa seguinte, de formulação, somente um subconjunto deste universo da política pública, o subsistema da política, estará envolvido na discussão das opções destinadas a lidar com os problemas que necessitam da ação governamental (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

O subsistema é composto somente por atores que têm suficiente conhecimento do tema discutido, capazes assim, de oferecer condições e propostas de ação que sirvam para enfrentar as questões levantadas na montagem da agenda (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Quando se toma uma decisão sobre as opções a serem implementadas, o número de atores se restringe a apenas um subconjunto do subsistema político-administrativo composto por tomadores de decisões governamentais - funcionários eleitos, burocratas, juízes, entre outros. Tão breve se dê início a implementação, o número de atores aumenta novamente a um nível relevante ao subsistema, expandindo-se ainda mais, na fase de avaliação, incorporando dessa maneira, novamente todo universo da política pública (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

O modelo do ciclo político-administrativo enquanto esquema para análise dos processos da política pública apresenta vantagens e desvantagens. Para Howlett, Ramesh, Perl (2013) o benefício mais relevante de sua utilização é o entendimento de um processo multidimensional por meio da segregação dos processos em um número indeterminado de estágios e subestágios do ciclo político. Entretanto, sua maior desvantagem permeia pela má interpretação de que os problemas públicos se apresentem de maneira sistemática e relativamente linear (SMITH; SABATIER, 1993).

Mesmo estando a postos todos os estágios do “*policy cycle*”, vale registrar que nesse interim, Cohen, March e Olsen (1972) trouxeram a público o Modelo da Lata de Lixo (*Garbage Can Model*) como uma nova alternativa à concepção do ciclo de políticas públicas.

O Modelo da Lata de Lixo foi desenvolvido como alternativa de explicar o modo de como as tomadas de decisão afetam as organizações quando estas possuem altos níveis de incerteza. Neste, o processo não enxerga uma sequência que se inicia com um problema e termina com uma solução; o modelo executa as decisões por meio de uma cadeia independente dentro na organização, considerando uma lata de lixo onde tudo é colocado. Os problemas e as soluções que compõe um *garbage can* são apontados de maneiras diversas pelos participantes à medida que eles aparecem (DAFT, 2010).

No ano de 1984, John Kingdon apresentou o Modelo dos Múltiplos Fluxos apresentando a ideia de que a entrada de novos problemas na agenda decisória não é produzida por um processo gradual de mudanças, mas por meio de resultados de uma combinação de fluxos independentes que atravessam as estruturas de decisão. O autor evidenciou que tais fluxos correspondem a temas capazes de atrair a atenção dos formuladores em detrimento de outros assuntos por meio de uma base de apoio suficientemente forte em manter o assunto em pauta, ou seja, janela de oportunidades; com políticas bem formuladas e elaboradas deliberadamente para seu fortalecimento ou extinção do problema.

Contraposto aos modelos apresentados e visando colaborar na deficiência apontada desses processos quanto à capacidade reduzida de evidenciar as causas para a ocorrência de



uma mudança nas políticas públicas; Jenkins-Smith e Sabatier (1993) propuseram o modelo de “Coalizão de Defesa” concebendo a essa política um conjunto de subsistemas relativamente estáveis, vinculados a acontecimentos externos, integrados a diversos atores que compartilham convicções, valores e ideias a fim de alcançar seus objetivos comuns.

Na seara do campo das políticas públicas, os contextos que formam os cenários propiciam os processos a responder os problemas públicos. O universo da política pública por assim dizer, pode ser compreendido pela junção de todos os possíveis atores, ideias, instituições internacionais, estatais e sociais que direta ou indiretamente participam de um espaço de problemas reais resolvidos a partir da formulação de respostas. Esses atores e instituições que se encontram em cada um desses setores em conflito, estabelecem um subsistema político administrativo (MCCOOL, 1998).

Quando se associa os subsistemas e referências políticas-administrativas aos estágios do ciclo político, torna-se possível compreender como as questões políticas têm acesso a agenda; assim as escolhas para abordá-las; as tomadas de decisões dos cursos de ação adotados; a análise das avaliações de conformidade de funcionamento e por fim, os processos de retroalimentação nas rodadas subsequentes (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

O estudo das interações desses atores, ideias e instituições dentro dos diferentes estágios do ciclo permite não somente imediatos estáticos de processo de *policy-making* em áreas restritas da atividade governamental, mas também, a dinâmica de estabilidade e mudança da política pública. Esse arcabouço analítico oferece uma profundidade que sobrepõe à intuição, os rumores e as conjecturas refinadas das muitas fontes informadas e da mídia que defendem crenças comumente sustentadas sobre processos de elaboração de políticas públicas nos Estados democrático-liberais<sup>3</sup> (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

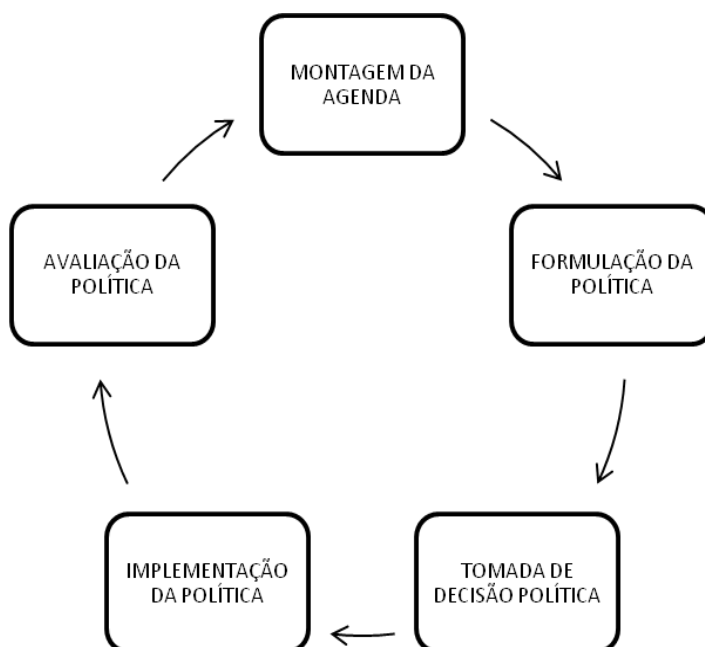
Dominar a configuração e a aplicação dos subsistemas e paradigmas políticos-administrativos dentro dos diferentes estágios do ciclo da política pública é o que emprega o *Improved Model* de Howlett, Ramesh e Perl (2013) (Figura 1). Prevalente nos dias atuais, este tipo de ciclo é capaz de descrever com maiores propriedades as instituições e os atores que nos seus respectivos subsistemas, ocasionaram determinados resultados (*outcomes*) da política pública.

---

<sup>3</sup> Democracia liberal trata-se de um regime baseado em uma composição, ou fusão, de diferentes princípios de governo que carrega consigo a semente de ideias específicas de intervenção mínima do Estado sobre os direitos comuns, a valorização das potencialidades individuais, o princípio da legalidade em que nenhum indivíduo pode estar acima da lei e a existência de parlamento, formado por um coletivo de indivíduos, votados democraticamente, para ajudar o Estado a se regular (CEASER, 1992).

A Montagem da Agenda é o primeiro e mais crítico dos estágios do ciclo da política. O que acontece nessa etapa tem impacto decisivo em todo processo político e seus outcomes. O modo como esses problemas são reconhecidos resultam em determinantes de como ao final, eles serão tratados pelos policy-makers (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Figura 1 - Ciclo Improved Model (Modelo Aperfeiçoado)



Fonte: HOWLETT, RAMESH, PERL (2013)

O conteúdo dos problemas identificados no processo de sua montagem depende muito da natureza do subsistema político presente na área em questão e dos tipos de ideias que seus defensores sustentam. O monopólio interpretativo sobre o entendimento de uma temática política e as soluções encontradas na montagem da agenda para os estágios subsequentes determinarão se a questão a ser considerada será nos moldes de um paradigma político existente ou um novo arcabouço de ideias (HOWLETT, 2002; HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

A segunda fase chamada de Formulação da Política Pública corresponde ao processo de criação de opções sobre o que fazer diante de um problema público, tornando-o oportuno de ser resolvido por meio da elaboração de programas propostos e metas estabelecidas. Para esta fase, alternativas serão sugeridas e muitas propostas serão rejeitadas. Isso porque nesse processo político-administrativo faz-se necessário a identificação, refinamento e opções viáveis para que os formuladores observem a viabilidade técnica, financeira, política, legal,

dentre outras, administrativa com vista na continuidade do curso da ação proposta (SANTIAGO, 2014).

Segundo os autores desse ciclo, a terceira fase denominada de Tomada de Decisão Política corresponde a uma ou mais opções das propostas aprovadas, anteriormente debatidas e examinadas durante o processo de montagem de agenda e formulação da política. Essa etapa pode ser definida como o momento em que as opções políticas são escolhidas em resposta aos problemas listados na Agenda oficial do Governo. Os atores dessa etapa se restringe aos grupos públicos – políticos legitimados pela soberania popular, juízes e os funcionários do governo – que composto por procedimentos ou regras padronizadas aprova através de lei ou regulamentação as decisões tomadas (SANTIAGO, 2014).

A fase de Implementação é definida pela tradução dos esforços, conhecimentos, recursos empregados e decisões políticas revertidas em execução. Nessa etapa, enquanto outras decisões identificavam os meios para perseguir seus objetivos, as escolhas a partir dessa fase, buscam por resultados. Os eméritos professores desse ciclo enfatizavam que os burocratas, nos diferentes níveis de governo, são os atores mais envolvidos na Implementação. Nesta, cada qual defende seus interesses, ambições e tradições particulares sustentadas pelos servidores públicos que detentores dos conhecimentos técnicos, administram a política e provem os serviços.

Durante a implementação de uma determinada política pública pode ocorrer diversas mudanças conjunturais que implique na necessidade de readaptação da ação administrativa. Uma relação harmônica coadunada entre políticos e administradores são preponderantes para uma efetiva implementação. Em resumo, pode-se considerar que nesse estágio, os processos políticos são adaptados a fatores interligados à capacidade do Estado em enfrentar seus próprios problemas na complexidade dos subsistemas que se encontra inseridos (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Por fim, a fase de Avaliação da Política consiste no estágio do processo em que se determina como de fato esta vem funcionando. A avaliação estabelece a eficácia de uma política pública quando relaciona o emprego dos instrumentos administrativos aos objetivos atendidos. A profundidade e a completude da avaliação dependem daqueles que decidem iniciá-la ou compreendê-la e do que pretendem fazer com as conclusões ou constatações que chegam a seu respeito. Nesse momento, cabe enfatizar que diferentes tipos de avaliação podem ser empreendidos por diferentes conjuntos de atores resultando em impactos diversos

sobre as deliberações e as atividades políticas subsequentes (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Após a política ter sido submetida ao processo de avaliação, os impasses e as soluções podem ser repensados e trazidos novamente a qualquer outra etapa do ciclo, inclusive mantê-la no *status quo*. O resultado obtido nesse estágio pode consistir em mudanças medianas ou em reformulação intensa do problema, incluindo a esta fase, a extinção da política (SANTIAGO, 2014).

## **2.2 Política Nacional de Saúde Bucal**

A literatura sobre análise de políticas públicas é muito ampla e diversificada, principalmente quando se trata da saúde. Esta apresenta como diretriz organizativa a descentralização, que impõe desafios à coordenação intergovernamental federativa acomodar os diversos interesses e administrar as tensões existentes no fortalecimento institucional dos municípios e estados (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

O enfoque político de execução de uma política pública leva em consideração os padrões de poder e influência entre as organizações e dentro delas. Pois, por mais que uma política tenha sido planejada em termos de organização, procedimentos e gerência; se a sua implementação não levar em conta as realidades do poder, essa política dificilmente terá sucesso (HOGWOOD; GUNN, 1984).

Dessa forma, não poderíamos iniciar nossas reflexões sobre a implementação da política pública em saúde bucal no Brasil sem situar no tempo e no espaço, seu histórico e sua evolução; considerando os fatos que influenciaram a maneira de pensar e agir das diferentes categorias profissionais ao longo do tempo (CONTARATO, 2011).

### **2.2.1 Da política ineficiente ao Brasil Sorridente**

A trajetória das ações estatais de atenção odontológica no país expressou a segregação das políticas de saúde brasileira divididas em duas vertentes: uma na vertentes da medicina previdenciária e outra na da saúde pública (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Na vertente previdenciária, as primeiras atividades de atendimento odontológico deram-se nas décadas de 1920 e 1930, primeiro pelas Caixas de Aposentadoria e Pensões

(CAP) e depois pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), em que somente quem tinham direito ao atendimento eram os trabalhadores formais de algumas categorias, vinculados a essas organizações (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Em 1966, quando houve a unificação dos IAPs e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), ampliou-se a cobertura previdenciária. Gradualmente, quase toda a população inserida no mercado formal de trabalho passou a ser beneficiada pela assistência médica da Previdência (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

O modelo de assistência odontológica da Previdência Social era caracterizado pela assistência à livre demanda, pautada na prática curativa e mutiladora, distribuição desigual de recursos humanos e materiais e inadequados mecanismo de planejamento, controle e avaliação. As ações do Estado baseavam-se na oferta de serviços imediatistas atendendo às queixas dos indivíduos, buscando manter em boas condições a força de trabalho (NARVAI, 2008).

Um dos grandes efeitos produzidos pela assistência odontológica da Previdência Social foi o alto número de registros de consultas associadas a extrações e restaurações que, posteriormente foram utilizadas como fonte de pesquisa, resultou no ano de 1980 um total de 5,8 milhões de consultas realizadas; 2,2 milhões de extrações e 1,8 milhão de restaurações nos serviços próprios do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (NARVAI, 2008).

No que diz respeito a vertente da saúde pública, a programação em saúde bucal surgiu nos anos 1950, com os primeiros programas de odontologia sanitária desenvolvidos no país pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fundação SESP), configurando o denominado Modelo Incremental. Tal modelo compreendia duas linhas: uma preventiva, que se limitou à fluoretação das águas de abastecimento público e a sessões semanais de bochechos com soluções fluoretadas nos serviços de saúde e escolas; e outra de caráter curativo, que se caracterizou pelo atendimento a escolares de 6 a 14 anos de idade (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

Ressalta-se que esse Modelo surgiu como uma proposta de prestar atendimento odontológico de forma programada e sistematizada, contrapondo-se ao modelo de livre demanda empregado pela odontologia nas décadas anteriores (CONTARATO, 2011).

Entretanto, o Modelo Incremental não obteve o resultado esperado, pois este não se vinculou à unidade de saúde, mas sim às escolas e sua restrita demanda. As ações de

promoção da saúde<sup>4</sup> foram raras e não incluía o atendimento ao adulto, que sob o argumento de custo elevado de insumos odontológicos e de existência de profissionais pouco preparados para atuar no serviço público; só recorria a este setor em raras situações de urgência. (ZANETTI, 1996).

Desse modo, o sistema incremental tornou-se ineficaz com o passar dos tempos à medida que foi se transformado em receita, reproduzido acriticamente em contextos de precariedade gerencial, de falta de recursos e ausência de enfoque epidemiológico dos programas (NARVAI, 2006).

Com o fim da ditadura, em 1984 o Movimento de Reforma Sanitária deu origem, entre os profissionais de odontologia, ao Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO). O movimento com princípios pautados numa odontologia pública, gratuita, de boa qualidade e acessível a toda a população; entendia que a saúde dependia da melhoria das condições de vida e do setor público. Assim, a saúde bucal coletiva passou da teoria à prática política (SERRA, 1998).

Ainda nesse mesmo ano de 1984, foi realizado o I Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (ENATESPO), que entre outras proposições, recomendava que os estados e municípios tivessem o direito e a obrigação de planejar e implementar ações de saúde bucal, conforme suas realidades sociais e epidemiológicas (NARVAI, 2008).

Esses dois movimentos contribuíram para a constituição de propostas para uma nova Política Nacional de Saúde Bucal que buscasse reverter o quadro de desigualdades e exclusão social no acesso aos serviços odontológicos (SERRA, 1998).

Em 1986, foi realizado o primeiro levantamento epidemiológico de saúde bucal pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), pela Fundação SESP e pelas secretarias de saúde, com o intuito de obter informações sobre a situação de saúde bucal da população brasileira, que pudessem embasar a formulação de políticas (NARVAI, 2008).

Nesse ano, o Núcleo de Odontologia do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) publicou o documento Reforma Sanitária e Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde onde abordava, entre outras questões, a necessidade de um projeto de saúde bucal

---

<sup>4</sup> Promoção da Saúde é definida como a capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida, segundo a Carta de Ottawa (1986), documento que se tornou referência para as demais Conferências Internacionais de Promoção da Saúde. Conferência Regional Latino-Americana de Promoção da Saúde (São Paulo, 2002). A definição chama atenção para o almejado protagonismo das pessoas e a necessidade de que sejam empoderadas, isto é, desenvolvam a habilidade e o poder de atuar em benefício da própria qualidade de vida, enquanto sujeitos e/ou comunidades ativas (UIPES, 2002).

orientado para o SUS desenvolvido por meio de ações integradas. O documento trazia a discussão sobre o direito à saúde e defendia a necessidade de o Estado assumir uma política de saúde bucal integrada às outras políticas econômicas e sociais (SERRA, 1998).

No entanto, para que uma nova estrutura organizacional de serviços odontológicos ordenados viesse a funcionar, seria necessário superar alguns pontos, como as desigualdades sociais e regionais existentes, a ausência de prioridade para a saúde bucal nas políticas de saúde, a inadequada formação de profissionais, técnicos e auxiliares, entre outros (SERRA, 1998).

Desse modo, em 1986, a I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) focou na saúde bucal como direito de todos e dever do Estado. A saúde bucal foi afirmada como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, relacionada às condições de moradia, trabalho, alimentação, renda, transporte, lazer, meio ambiente, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação (BRASIL, 1986).

Entretanto, as deliberações contidas no relatório da I CNSB não se traduziram com clareza na prática. Nos anos seguintes foram construídas outras bases legais e normativas para a política odontológica no Governo Federal (MOYSÉS, 2008).

Em 1989, o Ministério da Saúde, por meio da Divisão Nacional de Saúde Bucal (DNSB) definiu uma Política Nacional de Saúde Bucal, aprovada pela Portaria GM N. 613, de 30 de junho de 1989 (51), que embora fundamentada nos princípios da universalização, participação da comunidade, descentralização, hierarquização e integração institucional, não foi observado na prática (MANFREDINI, 2008).

Durante o governo do presidente Fernando Collor de Mello, início dos anos de 1990, a Divisão Nacional de Saúde Bucal foi transformada em uma coordenação técnica subordinada à Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Com isso, os Programas de Controle da Cárie Dental com o uso de Selantes e Flúor e o da Cárie Dental foram extintos. E no Plano Quinquenal de Saúde 1990-1995, A “Saúde do Brasil Novo”, que definia a nova política nacional de saúde, excluía uma política específica para a área de saúde bucal (NARVAI, 2008).

Em 1993, após a saída de Collor, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Bucal, com o tema “Saúde bucal é direito de cidadania”. Essa conferência aprovou diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal no País, além de indicar características de um novo modelo de atenção em saúde bucal. Foram propostas formas de financiamento e controle

social por meio dos Conselhos de Saúde<sup>5</sup> e defesa da descentralização das ações (BRASIL, 1994).

Durante o governo de Itamar Franco (1992-1994) e nos dois governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) a área de saúde bucal não teve destaque na agenda governamental federal. Nesse período sobressaiu um intenso processo de descentralização (NARVAI, 2008).

No ano de 2000 o Ministério da Saúde abriu uma nova perspectiva para a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) ao estabelecer a inclusão da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Foi o primeiro passo para a efetiva expansão da assistência odontológica no País possibilitando criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde (BRASIL, 2000, 2001).

Esse processo aconteceu de forma parcial e não obrigatória, sendo inicialmente proposta uma equipe de saúde bucal como referência para duas equipes de saúde da família. Cada equipe de saúde bucal deveria cobrir em média 6.900 pessoas, o que acarretava uma sobrecarga de procedimentos clínicos curativos para os profissionais de saúde. Essa sobrecarga comprometia a incorporação da filosofia da Estratégia de Saúde da Família no processo de trabalho desses profissionais (BRASIL, 2004c).

### 2.2.2 O Brasil Sorridente na Política de Saúde Pública

Nesse contexto, no período correspondente ao governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, a saúde bucal ganhou um novo *status* na agenda política nacional. Contata-se que a saúde bucal já se configurava como um problema de saúde pública demonstrado pelos altos índices de doenças bucais encontrados nos levantamentos epidemiológicos anteriores (BRASIL, 2004a).

A inflexão no período dos anos 1980 e 1990, quando se observou uma mudança importante configurada pelo movimento da reforma sanitária, a saúde bucal mostrou uma enorme defasagem em relação ao SUS evidenciada pela sua entrada tardia nas Equipes de Saúde da Família (CONTARATO, 2011).

---

<sup>5</sup> Os Conselhos de Saúde são órgãos em âmbito nacional, estadual e municipal para que a sociedade possa intervir nas ações do SUS, fazendo valer seus interesses. Estes são órgãos paritários e colegiados, isto é, compostos por quantidade iguais de representantes de categoria com poderes equiparados e devendo funcionar e tomar decisões regularmente, acompanhando, controlando e fiscalizando a política de saúde e propondo correções e aperfeiçoamentos em seu rumo (SAUDE, 2003).



Entretanto, mesmo no período de implantação do SUS e todas as justificativas de reconhecimento do problema da saúde bucal e das propostas de enfrentamento de tal problema pelos especialistas e gestores da saúde do Governo, estas não tiveram força suficiente para inseri-la na agenda governamental federal (CONTARATO, 2011).

Assim, a mudança de governo em 2003, com a eleição do presidente Lula foi decisiva para que a Política de Saúde Bucal ganhasse destaque na agenda governamental federal (BARTOLE, 2006).

A estratégia utilizada foi articular a Política de Saúde Bucal com a Política de Combate à Fome, tida como de grande importância e prioridade no programa de Governo. O documento “Fome Zero e Boca Cheia de Dentes” baseou-se no argumento de que, para se ter uma boa alimentação, era necessário ter dentes para mastigar adequadamente (BARTOLE, 2006). Dessa forma abriu-se o que Kingdon (1984) chama de janela de oportunidade, aguardando um momento propício para que o problema entrasse na agenda governamental federal.

O grupo que elaborou o documento “Fome Zero e Boca Cheia de Dentes” vinha estudando e reivindicando a entrada da saúde bucal na agenda federal há muito tempo, e já estava com a solução para o problema à mão esperando que a janela de oportunidade surgisse para que pudesse usar a seu favor. De acordo com Kingdon (1984), aproveitaram a janela de oportunidade no sentido de trazer as evidências do problema e propor as soluções, ou seja, uma política abrangente pautada nos princípios do SUS (CONTARATO, 2011).

Foram levantadas muitas críticas ao Governo anterior, entre elas a desarticulação da saúde bucal com as demais políticas públicas de saúde, a debilidade de interlocução entre a área de saúde bucal do Ministério da Saúde e as coordenações estaduais; além das fragilidades apontadas nas ações no processo de formação de recursos humanos odontológicos e demora na realização de outra Conferência Nacional de Saúde Bucal (BARTOLE, 2006).

Somou-se a isso, a falta de assistência atestada pela pesquisa realizada em 2003 pelo Ministério da Saúde onde se constata que 20% da população já havia perdido todos os dentes, 13% dos adolescentes nunca haviam ido ao dentista, 45% não possuíam acesso regular a uma escova de dentes e o número de 30 milhões de desdentados existentes no Brasil (BRASIL, 2004a).

Em 2004, na III Conferência Nacional de Saúde Bucal é lançada a Política Nacional de Saúde Bucal. Tal política, também conhecida como Brasil Sorridente, apresentou seus

pressupostos no documento de Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004b).

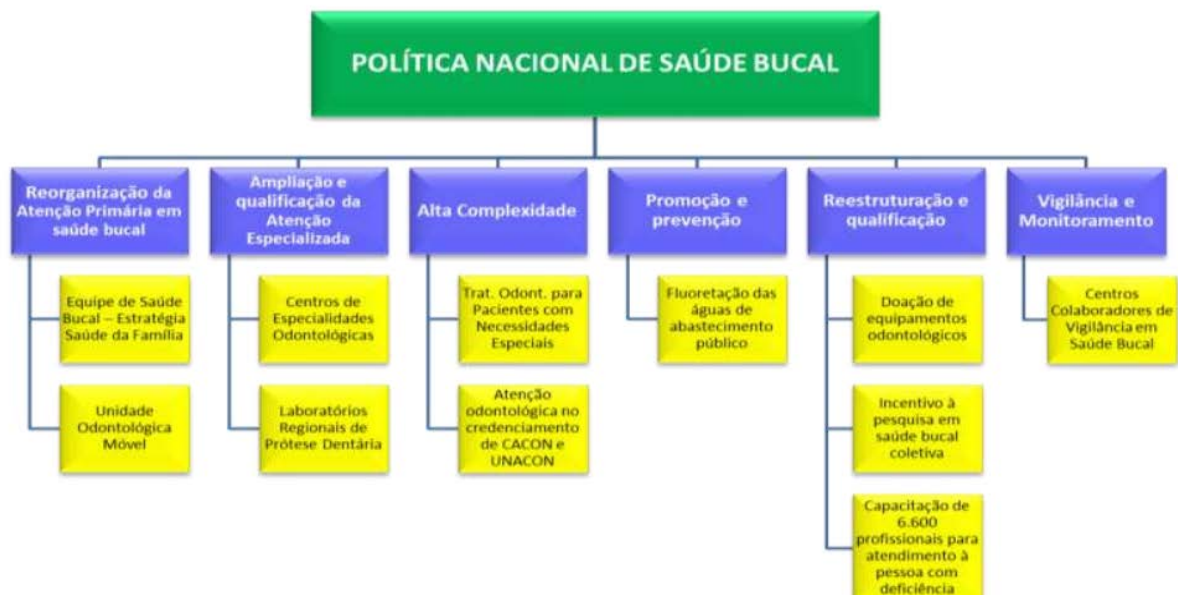
O Brasil Sorridente tem como principal objetivo a reorganização da saúde bucal em todos os níveis de atenção. Nesse sentido, a integralidade, uma das diretrizes do SUS, foi colocada como eixo central na Política Nacional de Saúde Bucal. Tal política apresenta como principais estratégias: a ampliação e a qualificação da atenção básica, integrando-a aos outros níveis de atenção, e a articulação das ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação (BRASIL, 2004b).

O Programa inclui muitas frentes de trabalho para reorganização do modelo de atenção, entre elas a fluoretação das águas de abastecimento público, a ampliação da atenção básica por meio da implantação das equipes de saúde bucal e a ampliação da atenção secundária e terciária por meio da implantação do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) (BRASIL, 2004b).

O Brasil Sorridente propõe uma concepção de saúde centrada não somente na assistência aos doentes, mas também na promoção da qualidade de vida e na interferência nos fatores de risco, por meio da inclusão de ações programáticas mais amplas e pelo desenvolvimento de ações intersetoriais de promoção da saúde, nas áreas de educação, saneamento básico, trabalho, meio ambiente, assistência social, entre outras (BRASIL, 2004b).

Nesse sentido, a integralidade orienta o desenho da Política Nacional de Saúde Bucal (Figura 2) englobando um conjunto abrangente de estratégias e ações, além do escopo restrito dos serviços de saúde (PINHEIRO, 2004).

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

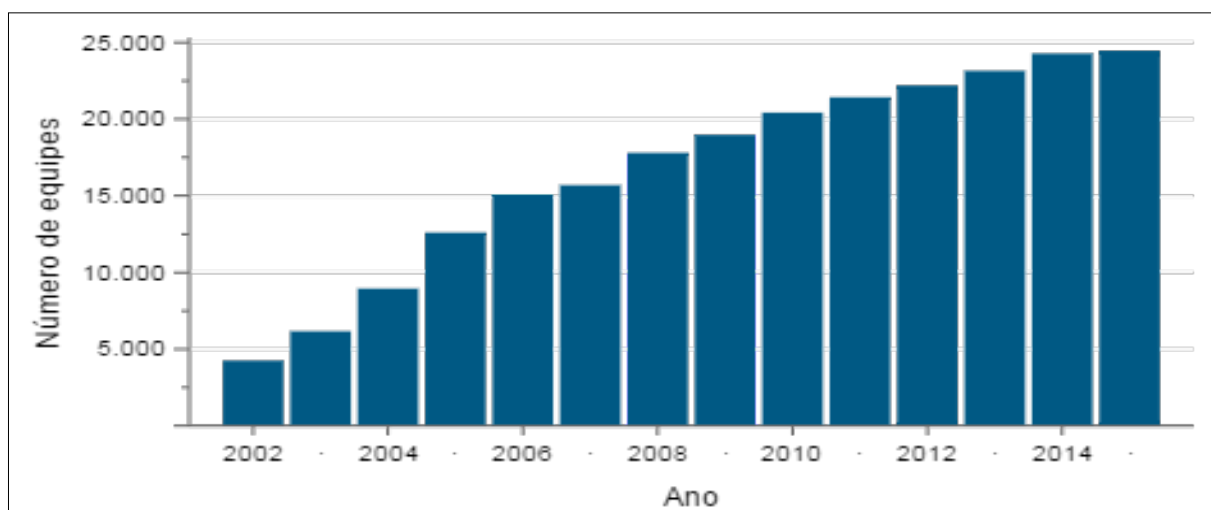


Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

A PNSB institui que as políticas de educação permanente e de financiamento devem ser definidas com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação para que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS. Destaca-se ainda a importância de usar indicadores adequados para acompanhar o impacto das ações de saúde bucal, por meio de registros fáceis, confiáveis e contínuos (BRASIL, 2004b).

No ano de 2002 a população brasileira contava com 4.261 Equipes de Saúde Bucal implantadas e distribuídas pelo território nacional; ao final de 2015, já havia 24.467 ESBs (Gráfico 1).

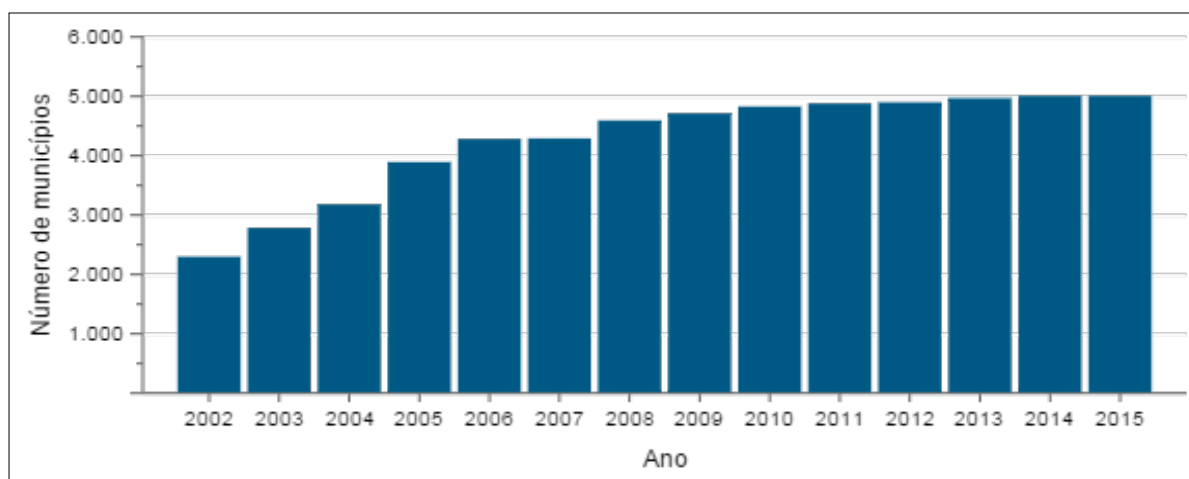
Gráfico 1- Número de equipes de saúde bucal implantadas



Fonte: Sala de Apoio da Gestão Estratégica do departamento da Atenção Básica. <http://sage.saude.gov.br/>  
Acesso em 04 de março de 2016.

Conforme dados obtidos do Departamento da Atenção Básica (2016)<sup>6</sup>, verifica-se um crescimento dos serviços odontológicos ofertados pelos municípios. Dos 5.570 municípios brasileiros, no ano de 2002 o acesso aos tratamentos odontológico se fazia presente em 2.302 (41,3%) municípios, valor crescente este, ao se atestar que até final do ano de 2015 esse serviço já se fazia presente em 5.014 (90%), correspondendo a um crescimento de 48,7% nesse período (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Número de municípios atendidos



Fonte: Sala de Apoio da Gestão Estratégica do departamento da Atenção Básica. <http://sage.saude.gov.br/>  
Acesso em 04 de março de 2016.

No que diz respeito ao financiamento dessas atividades odontológicas, a Portaria GM/MS Nº. 978, de 16 de maio de 2012, definiu os reajustes efetuados aos valores de incentivos financeiros às ações de saúde bucal. As Equipes de Saúde Bucal classificadas nas:

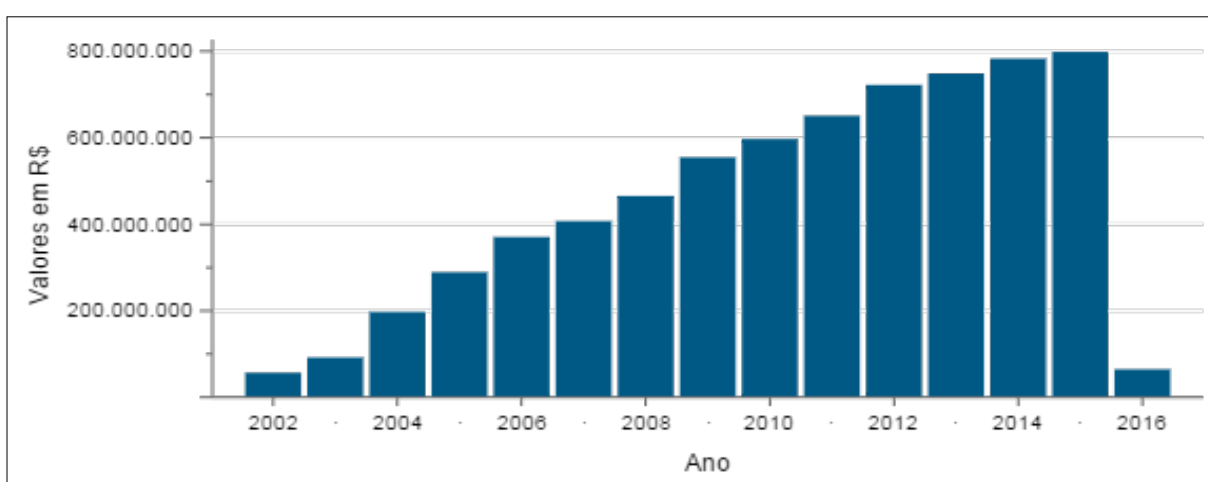
- Modalidade I (ESBSF-M1) - com dois profissionais: cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal ou técnico de saúde bucal passaram a receber o valor mensal de R\$ 2.230,00 (dois mil duzentos e trinta reais), por equipe;
- Modalidade II (ESBSF-M2) – com três profissionais: cirurgião-dentista, técnico em saúde bucal e auxiliar de saúde bucal ou técnico de saúde bucal passaram a receber o valor mensal de R\$ 2.980,00 (dois mil novecentos e oitenta reais);
- O incentivo adicional para investimentos na Unidade e realização de curso Introdutório é de R\$ 7.000,00 (sete mil reais) parcela única.

<sup>6</sup> Sala de Apoio a Gestão Estratégica. Disponível no site <http://sage.saude.gov.br/>. Acesso em 03 de março de 2016.

Um retrato geral do repasse regular e programado de recursos alocados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para estados e municípios, independentemente de convênio ou instrumento similar se apresenta na figura abaixo quanto à transferência fundo a fundo destinado ao financiamento das ações estratégicas de saúde bucal (Gráfico 3) (SAÚDE, 2016).

O investimento feito até o final de 2015 foi de R\$ 799.025.135 e até março de 2016 foram repassados R\$ 64.850.760 (SAÚDE, 2016).

Gráfico 3 - Valores transferidos fundo a fundo



Fonte: Sala de Apoio da Gestão Estratégica do departamento da Atenção Básica. <http://sage.saude.gov.br/>  
Acesso em 04 de março de 2016.

Ainda de acordo com a Portaria GM/MS N. 2.372, de 07 de outubro de 2009, o Ministério da Saúde assumiu o compromisso de fornecer um equipo odontológico completo (cadeira odontológica, refletor, mocho, unidades auxiliar e peça de mão) para as ESBs que se habilitassem na Modalidade II, incorporando o Técnico em Saúde Bucal (TSB).

### 2.2.3 Os Centros de Especialidades Odontológicas na Assistência à Saúde Bucal

Com a expansão do conceito de atenção básica<sup>7</sup> e o consequente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, fizeram-se necessários, investimentos que propiciem aumentar o acesso aos níveis secundários<sup>8</sup> e terciários<sup>9</sup> de atenção. Para fazer frente ao

<sup>7</sup> Atenção Básica é definida como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde (BRASIL, 2006).

<sup>8</sup> Atenção secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, interpretada como procedimentos de média complexidade.

desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados foram criados os Centros de Especialidades Odontológicas – CEO (CONTARATO, 2011).

Os CEOs são unidades de referência para a atenção básica e no caso dos municípios com Estratégia de Saúde da Família, para as Equipes de Saúde Bucal (ESB). Os profissionais da atenção básica são responsáveis pelo primeiro atendimento e pelo encaminhamento aos CEOs dos casos mais complexos. Esses Centros oferecem serviços especializados nas áreas de periodontia e endodontia; atendem pacientes com necessidades especiais; realizam diagnóstico bucal e procedimentos cirúrgicos (BRASIL, 2004b).

No que concerne à Política Nacional de Saúde Bucal, os CEOs são um importante instrumento para a consolidação do princípio da integralidade, já que ampliam o atendimento a um nível secundário, de forma a assistir uma população excluída de atendimento especializado por anos (CONTARATO, 2011).

Sua implantação se deu a partir de um incentivo financeiro federal de investimento, seguido de corresponsabilidade financeira das três esferas de governo para a sua manutenção. O Ministério da Saúde instituiu três tipos de CEOs com incentivos diferenciados para cada tipo. O financiamento federal prevê um recurso para implantação do Centro, repassado em parcela única, e recursos mensais de custeio, acrescidos por investimentos municipais e estaduais (BRASIL, 2004d).

O porte de cada CEO é caracterizado pela a quantidade de consultórios instalados nos respectivos Centros correspondentes aos números de cadeiras odontológicas:

- a) CEO Tipo I: Com três cadeiras odontológicas.
- b) CEO Tipo II: Entre quatro a seis cadeiras odontológicas.
- c) CEO Tipo III: A partir de sete cadeiras odontológicas.

Os incentivos financeiros de construção, ampliação, reforma, aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos são:

- a) R\$ 60.000,00 (parcela única) por CEO Tipo I para implantação.
- b) R\$ 75.000,00 (parcela única) por CEO Tipo II para implantação.
- c) R\$ 120.000,00 (parcela única) por CEO Tipo III par implantação.

E os recursos mensais de custeio:

- a) R\$ 8.250,00 por mês para CEO Tipo I.
- b) R\$ 11.000,00 por mês para CEO Tipo II.

---

Esse nível compreende serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência (BRASIL, 2010a).

<sup>9</sup> Atenção terciária ou alta complexidade designa o conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização, que empregam tecnologias duras e que são realizados no ambiente hospitalar (BRASIL, 2010a).

c) R\$ 19.250,00 por mês para CEO Tipo III.

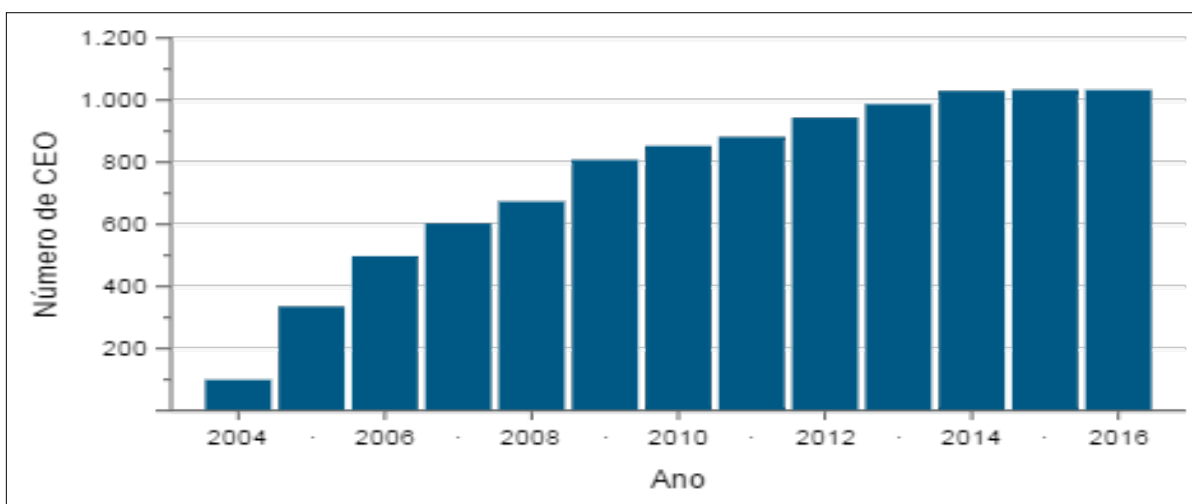
Também instituídas a essas unidades, criadas por meio da Portaria GM/MS nº 793, de 24/4/2012, foram acrescida a adesão dos CEOs a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito da saúde bucal. Esta se propõe a garantir o atendimento odontológico qualificado a todos os portadores de deficiências referenciados para o nível secundário (CEO) ou terciário (atendimento hospitalar) de atenção. Para tal adesão, a Portaria Ministerial nº 1.341, de 29/6/2012, criou incentivos adicionais para os CEOs que fizerem parte da RCPD. Os incentivos são da seguinte ordem:

- a) R\$ 1.650,00 por mês para CEO Tipo I.
- b) R\$ 2.200,00 por mês para CEO Tipo II.
- c) R\$ 3.850,00 por mês para CEO Tipo III.

Pode-se considerar que por meio da consolidação e fortalecimento da Política Nacional de Saúde Bucal, a Portaria nº 718/SAS/de 31 de dezembro de 2010, instituiu novos procedimentos na tabela do SUS como os procedimentos de ortodontia e implantes dentários.

Desde o lançamento do Brasil Sorridente, observa-se uma propensa ampliação do número de CEOs no país, pela indução e financiamento do Ministério da Saúde. O número dos Centros no ano de 2004, passou de 100 unidades para 1.033 em todo o Brasil até o presente mês de março de 2016 (Gráfico 4), contemplando 857 municípios.

Gráfico 4 - Número de CEO implantados

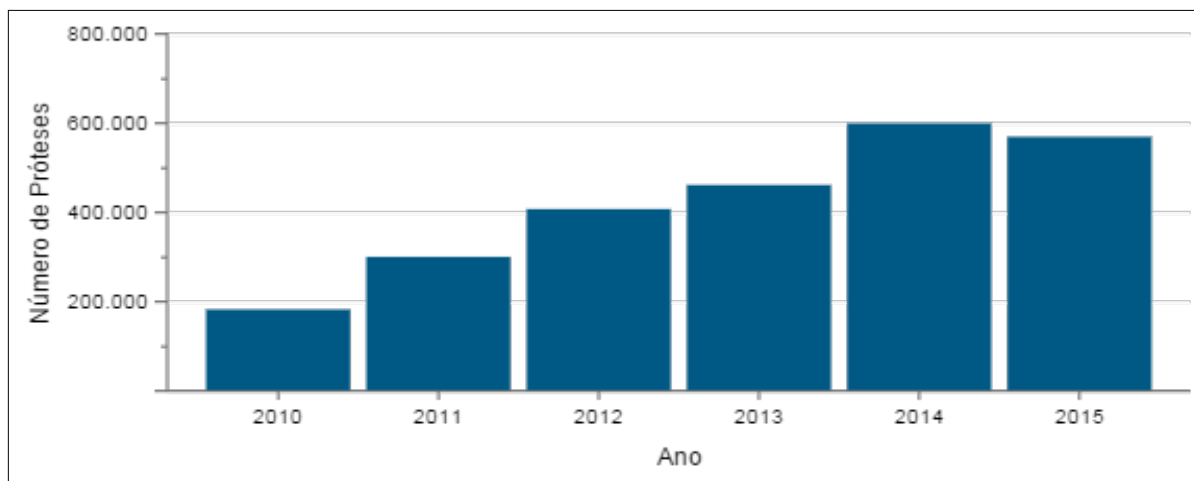


Fonte: Sala de Apoio da Gestão Estratégica do departamento da Atenção Básica. <http://sage.saude.gov.br/>  
Acesso em 04 de março de 2016.

Além da implantação dos CEOs, houve também a implantação de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) (BRASIL, 2016). Estes últimos são unidades próprias

do Município ou unidades terceirizadas credenciadas para a prestação de serviços, desde que sejam registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Verifica-se o crescente número de prótese dentária confeccionada no decorrer de 5 (cinco) anos tendo um pico no ano de 2014 com 600.196 unidades e 2015 foram confeccionados 569.967 (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Número de próteses dentárias



Fonte: Sala de Apoio da Gestão Estratégica do departamento da Atenção Básica. <http://sage.saude.gov.br/>  
Acesso em 04 de março de 2016

Para tal funcionamento do serviço, seu financiamento está incluído no Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) onde o laboratório passa a receber de acordo com seu teto de produção, sendo os valores repassados:

- a) Entre 20 e 50 próteses por mês: R\$ 7.500,00 mensais.
- b) Entre 51 e 80 próteses por mês: R\$ 12.000,00 mensais.
- c) Entre 81 e 120 próteses por mês: R\$ 18.000,00 mensais.
- d) Acima de 120 próteses por mês: R\$ 22.500,00 mensais.

Esse teto é calculado de acordo com as informações prestadas pelos municípios por meio do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) (BRASIL, 2012b).

Pode-se dizer, em síntese, que o Brasil Sorridente abriu várias frentes de ação para abarcar as necessidades da população de maneira abrangente com ações de promoção, prevenção e reabilitação, visando facilitar o acesso a todos os níveis de atenção e assim melhorar os índices de saúde bucal (CONTARATO, 2011).

Documentos normativos, desde 2004, têm regulamentado a ampliação da atenção à saúde bucal, destacando-se a política de incentivos financeiros para a implantação das Equipes de saúde bucal, dos CEOs, LRPDs, dentre outros. No Quadro 1 é possível



identificar as principais Portarias apresentadas e as políticas preconizadas para a organização da saúde bucal.

Quadro 1 - Principais portarias ministeriais relativas à saúde bucal

| EQUIPE DE SAÚDE BUCAL (ESB)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | LABORATÓRIO REGIONAL DE PRÓTESE DENTÁRIA (LRPD)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><a href="#">Portaria GM nº 750/2006</a> - Institui a ficha complementar de cadastro das equipes de Saúde da Família; Saúde da Família com Saúde Bucal - Modalidade I e II.</p> <p><a href="#">Portaria GM/SAS nº 154/2009</a> - Incluem na tabela de tipo os tipos de equipes: EACSSBM1 - equipe de agente comunitário de saúde com Saúde Bucal Modalidade I e EACSSBM2 - equipe de agente comunitário de saúde com Saúde Bucal Modalidade II.</p> <p><a href="#">Portaria GM nº 2.372/2009</a> - Cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.</p> <p><a href="#">Portaria GM nº. 978/2012</a> - Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.</p> | <p><a href="#">Portaria GM nº 283/ 2005</a> - Antecipa o incentivo financeiro para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em fase de implantação.</p> <p><a href="#">Portaria GM nº 599//2006</a> - Define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento.</p> <p><a href="#">Portaria GM nº 1.464/2011</a> - Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).</p> <p><a href="#">Portaria GM nº 1.341/2012</a> - Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).</p> <p><a href="#">Portaria GM/SAS nº 911/2012</a> - Inclui no Serviço de Atenção em Saúde Bucal a classificação 007 que dispõe sobre o registro dos procedimentos realizados em pessoas com deficiência em Centro de Especialidades Odontológicas.</p> | <p><a href="#">Portaria GM/SAS Nº 27/2012</a> - Inclui na Tabela de Serviços/Classificação do SCNES, Serviço de laboratório de prótese dentária, Classificação - Laboratório Regional de Prótese Dentária. .</p> <p><a href="#">Portaria GM/SAS nº 474/ 2012</a> - Atualiza a Tabela de Regras Contratuais do SCNES - LRPD.</p> <p><a href="#">Portaria GM nº 1.825/2012</a> - Altera o valor dos procedimentos de prótese dentária na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e do SUS e estabelece recursos anuais a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade dos Estados, Municípios e Distrito Federal para confecção de próteses dentárias nos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD).</p> |

Fonte: [HTTP://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_brasil\\_sorridente.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php). Está página foi atualizada em 14 de março de 2013. Acesso em 26 de janeiro de 2016.

#### 2.2.4 Indicadores e avaliação dos serviços da saúde bucal especializada

A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para uma análise objetiva de uma situação sanitária. Assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e a programação de ações de saúde, a busca por medidas que expressem o estado de saúde da população passou a ser uma das principais atividades na saúde pública (BRASIL, 2008b).

Desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas, os indicadores de saúde expressam medidas-síntese que contêm informações relevantes sobre determinados atributos, dimensões do estado de saúde e desempenho do seu sistema. Vistos em conjunto, tais indicadores devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das suas condições de saúde (BRASIL, 2008b).

A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até cálculos de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados. A qualidade de um indicador está relacionada às propriedades dos componentes utilizados em sua formulação, na precisão dos sistemas de informação empregado e na consistência interna de valores coerentes não contraditórios. Seu grau de excelência é definido por sua capacidade de medir o que se pretende (validade) e reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares (confiabilidade) (BRASIL, 2013).

Espera-se que os indicadores possam ser analisados e interpretados com facilidade, e que sejam compreensíveis pelos usuários da informação, gerentes, gestores e os que atuam no controle social do sistema de saúde. Para tanto, faz-se necessário monitorar a qualidade dos indicadores, revisar periodicamente a consistência da sua série histórica e disseminar com oportunidade para aqueles que irão alimentar (BRASIL, 2013).

Em sentido lato, a validade de um indicador está determinada por sua capacidade de detectar o fenômeno analisado (sensibilidade) do mesmo modo, identificar somente um fenômeno (especificidade). Outras particularidades atribuídas a sua capacidade são: mensurabilidade (basear-se em dados disponíveis), relevância ao responder as prioridades de saúde e, principalmente, o custo-efetividade por meio dos resultados justificarem o investimento de tempo e recurso (BRASIL, 2008a).

Além de prover matéria prima essencial para a análise de saúde, a disponibilidade de um conjunto básico de indicadores tende a facilitar o monitoramento de objetivos e metas planejadas, estimular o fortalecimento da capacidade analítica das equipes de saúde e promover o desenvolvimento de sistemas de informação interligados (BRASIL, 2013).

Os indicadores que são selecionados conforme suas características funcionais, capazes de medir o comportamento dos programas são denominados de indicadores de desempenho. Estes refletem preocupações fundamentais de eficácia concernente à comparação das ações planejadas com executadas (AGUILAR; ANDER-EGG, 1995).

Essa disponibilidade de um sistema amplo de indicadores relevantes, válidos e confiáveis potencializa as chances de sucesso nos estágios do ciclo de políticas públicas. Na medida em que os indicadores expressam seus diagnósticos, o resultado de suas ações produzem avaliações mais abrangentes e tecnicamente mais confiáveis. Aqui podemos citar que na etapa de avaliação do *policy cycle* os indicadores permitem mensurar a eficiência, eficácia e efetividade social<sup>10</sup> das soluções sugeridas (JANNUZZI, 2002; GUERRA, 2012).

No interior do setor saúde, a área odontológica se apresenta, aparentemente, muito difícil e complexa, requerendo sempre a participação de especialistas, muitas vezes sanitaristas ou administradores para desempenhar as atividades gerenciais. A iniciativa de avaliar um programa ou serviços de saúde, como os Centros de Especialidades Odontológicas, passa pela necessidade de julgá-lo com propósito de conhecer e modificar a situação quando esta se mostra desfavorável. Principalmente quando no Brasil, as avaliações sobre serviços de atenção secundária em saúde bucal se mostra em fase incipiente (GOES; MOYSÉS, 2012).

Fornecer subsídios que produzam indicadores de desempenho dos CEOs, constam na Portaria Ministerial N. 1.464 de 24 de Junho de 2011, que analisa a produção mínima mensal realizada pelos Centros de Especialidades (Anexo B), verificando se seu resultado, por meio dos Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS - SIA/SUS, atingiu a meta estipulada (BRASIL, 2011).

Relacionar os resultados sistemáticos obtidos com os critérios estabelecidos por meio de uma análise crítica, levando em conta a magnitude da diferença entre seus achados, é considerado um julgamento de resultados de uma avaliação sobre a intervenção de seus componentes em subsídio para tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS et al., 2000).

Conotar um julgamento a esse resultado propõe considerações à existência de diferentes percepções sobre a mesma realidade fortalecendo a necessidade de coerência entre as iniciativas já existentes e a busca por um planejamento que dialoguem com o campo da avaliação (CONIL, 2004).

---

<sup>10</sup> Em síntese, pode-se dizer que a eficiência estaria relacionada aos custos, a eficácia aos cumprimentos de metas, e a efetividade, com à capacidade de produzir impactos da realidade a qual se deseja transformar (COSTA; CASTANHAR, 2003).

Na perspectiva de sua utilidade prática, uma boa avaliação em saúde visa reduzir as incertezas, melhorar a efetividade das ações e proporcionar aportes capazes de assegurar as decisões relevantes. Para tanto, é importante enaltecer que nem sempre a avaliação é produtiva, esta pode ser um empreendimento de sucesso, mas também de fracasso, pode conduzir de resultados significativos a respostas evasivas, pode defender como intimidar (PENNA, 2009).

Em consonância ao seu empoderamento, a avaliação em saúde lida com fortes componentes subjetivos, corporativos e de visão desenvolvimentista. Para que a mesma obtenha sucesso em sua execução, é preciso valorizar o processo como um método de aprendizagem que apoiam pessoas, organizações e grupos sociais a fazerem escolhas mais consistentes com relação aos rumos de suas iniciativas (GOES; MOYSÉS, 2012).

Gestores e técnicos que vislumbram o papel da avaliação como parte de seu planejamento e de sua práxis cotidiana criam espaços permanentes de reflexão sobre a prática de desconstruir ideias, alinhar conceitos, corrigir rumos, alternar prioridades, abrir mão de iniciativas incertas e até mesmo trocar de gestor; ampliando as possibilidades e fortalecendo o processo (MINAYO, 2006).

A avaliação em saúde constitui um desafio permanente aos administradores e as autoridades desse setor; abrange o processo avaliativo dessa área, premissas básicas inerentes ao contexto social e ao sistema de saúde requisitos como: a saúde como um direito; a saúde bucal como parte da saúde geral; o processo de informação como instrumento de tomada de decisão e por fim, a busca da avaliação para melhoria da qualidade dos serviços e dos programas de saúde em geral. (GOES; MOYSÉS, 2012).

Mediante essa situação, Contradiopoulos *et al.* (2000)<sup>11</sup>, identificando a avaliação como um processo que consiste em fazer julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou quaisquer componentes, aplicou a esse processo, uma sistemática de procedimentos oriundos das ciências sociais (pesquisa avaliativa) para os programas de intervenção de saúde, analisando as bases teóricas, processo operacional e a implementação dos mesmos em sua interface com o contexto no qual os constituem.

A pesquisa avaliativa pode se decompor em seis tipos de análise: estratégica, de intervenção, da produtividade, dos efeitos, do rendimento e da implantação. Fazer pesquisa avaliativa em uma intervenção consistirá, portanto, em fazer uma ou várias destas análises.

---

<sup>11</sup> Versão adaptada de um artigo dos mesmos autores, presente in: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 29-47. A tradução preliminar deste texto recebeu o apoio do Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP - projeto financiado pelo BID), com revisão de Zulmira Maria de Araújo Hartz e Luiz Claudio S.Thuller.

Devendo considerar perspectivas dos diferentes atores envolvidos na intervenção (CONTRADIOPOULOS et al., 2000).

Para tanto, discorrer sobre a análise dos efeitos, baseia-se em avaliar a influência dos serviços sobre os estados de saúde consistindo em determinar a eficácia desses sob os indivíduos. A eficácia não tem um sentido absoluto, ela deve ser qualificada em virtude do contexto no qual a pesquisa é feita, do procedimento escolhido, da natureza da intervenção avaliada e da finalidade do exercício de avaliação (CONTRADIOPOULOS et al., 2000).

A eficácia de utilização remete-se ao analisar os resultados de uma intervenção, em um contexto natural, sobre os indivíduos que dela se beneficiaram. Nesta situação, as variáveis relativas aos usuários e aos prestadores de serviço são observadas (CONTRADIOPOULOS et al., 2000).

Característica relevante dessas práticas na saúde diz respeito aos possíveis efeitos das ações sobre o estado de saúde dos indivíduos ou coletividades. A distinção entre eficácia como efeito de uma intervenção em situação experimental e efetividade como o efeito da mesma em sistemas operacionais, vem se mantendo ao longo dos anos (DONABEDIAN, 1990).

Essas, por sua vez, consistem em critérios de avaliação num julgamento *ex-post* de uma intervenção que trata de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento que a política ou programa se propõe, assim como as relações existentes entre sua intervenção e o cenário que ela se situa (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

### **2.3 O contexto local do Ceará na assistência odontológica especializada**

O Programa Brasil Sorridente se propõe a realizar um conjunto de ações que compõem o projeto estratégico do governo federal para a saúde bucal. Com o Programa, a saúde bucal, pela primeira vez na história do Brasil, foi tratada como prioridade nacional. O lançamento deste programa foi feito pessoalmente pelo Presidente da República em exercício, Luiz Inácio da Silva, na cidade de Sobral (CE) em 17 de março de 2004 (LIMA, 2004).

Nesse mesmo ano, o levantamento epidemiológico estadual de saúde bucal, o SB Ceará, revelou que uma grande parte da população era desassistida de serviços odontológicos. Esta pesquisa observou que somente 34,2% das crianças de cinco anos estavam livres de cárie

e com problemas periodontais<sup>12</sup>, principalmente a presença de cálculo dentário e sangramento gengival na faixa etária que compreende os adolescentes e os adultos (BRASIL, 2004e).

Ainda em 2004, foi aprovada na Comissão Intergestores Bipartite<sup>13</sup> a Política Estadual de Melhoria da Assistência à Saúde Bucal nos municípios. Uma vertente dessa política foi o investimento em serviços especializados com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas em cada uma das 22 microrregionais do Estado do Ceará. Isto foi motivado, também, pela a escassez de serviços odontológicos especializados que ofertassem um tratamento dentário mais conservador para a população (VIEIRA, 2013).

A iniciativa do Estado do Ceará em investir em serviços odontológicos especializados por meio da criação de CEO Regionais ocorreu em 2003, um ano antes do lançamento das diretrizes da política nacional de 2004, que incentivava a implantação de CEO Municipais (VIEIRA, 2013).

De 2003 a 2006, foram implantados cinco CEO Regionais nos municípios de Aracati, Tauá, São Gonçalo, Crato e Iguatu. Esses CEO Regionais recebiam encaminhamentos de pacientes dos municípios pertencentes a sua Microrregião de Saúde<sup>14</sup>. O financiamento destes CEO se dava mediante recurso estadual com contrapartida municipal. Além disso, já existiam três CEO Estaduais em Fortaleza: CEO Centro (fundado em 1965), o Joaquim Távora (criado em 1994) e o Rodolfo Teófilo (criado em 1999) (CEARÁ, 2009).

Após a criação da Política Nacional de Saúde Bucal em 2004, os CEO Estaduais foram credenciados no Programa Brasil Sorridente e, também, passaram a receber recursos Federais. Assim, as duas Políticas de Saúde Bucal Estadual e Federal correram de forma paralelas sem que uma inviabilizasse a outra (VIEIRA, 2013).

O número de CEOs no Ceará conota seu crescimento desde implantados pela PNSB quando essas unidades passaram de 08 (oito) CEOs no ano de 2014 para 89 (oitenta e nove) no ano de 2016.

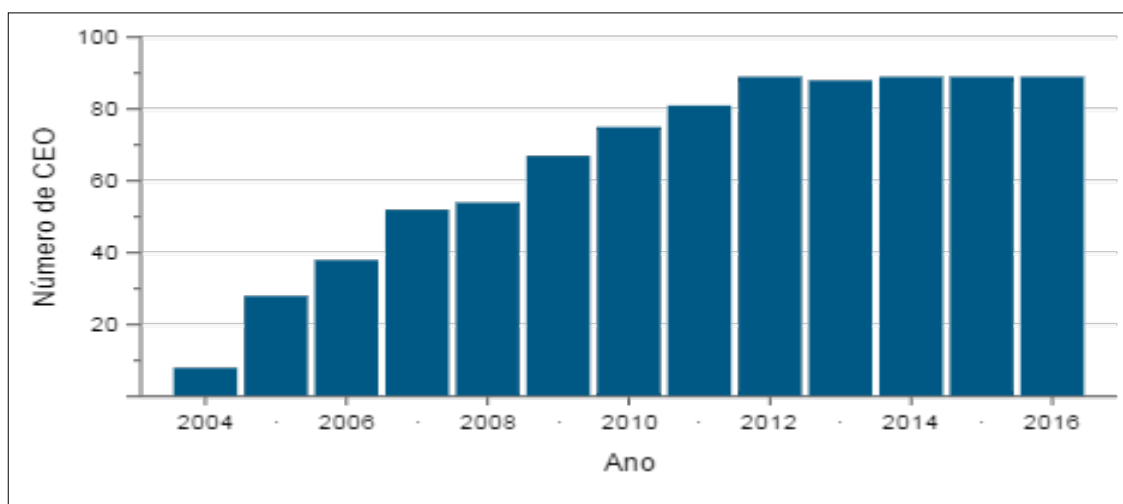
---

<sup>12</sup> Relacionado a doença periodontal trata-se um conjunto de condições inflamatórias, de caráter crônico, e de origem bacteriana, que começa afetando o tecido gengival e pode levar, com o tempo, à perda dos tecidos de suporte dos dentes (BRASIL, 2008a).

<sup>13</sup> É uma instância colegiada instituída como finalidade promover a normatização, regulamentação, avaliação, negociação e decisão dos aspectos operacionais do SUS. Sua composição é constituída paritariamente por representantes da Secretaria de Saúde do Estado e do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (BRASIL, 1993).

<sup>14</sup> São espaços geográficos contínuos constituídos por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitadas a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011).

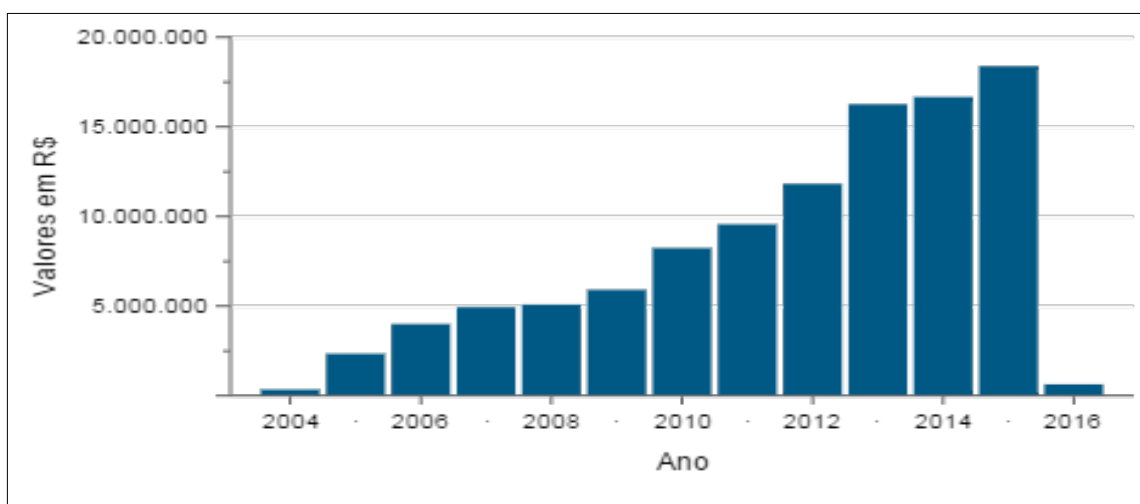
Gráfico 6 - Número de CEO implantados no Ceará



Fonte: Sala de Apoio da Gestão Estratégica do departamento da Atenção Básica. <http://sage.saude.gov.br/>. Acesso em 04 de março de 2016.

Os repasses financeiros fundo a fundo transferidos para o Estado e os municípios cearenses atingiram seu ápice no ano de 2015, com um valor de R\$ 18.383.200. Sendo até o presente momento esse repasse para o ano de 2016 em R\$ 641.300,00.

Gráfico 7 – Valores transferidos fundo a fundo para o Ceará



Fonte: Sala de Apoio da Gestão Estratégica do departamento da Atenção Básica. <http://sage.saude.gov.br/>. Acesso em 04 de março de 2016.

Durante o governo estadual de 2007 a 2012, governado por Cid Ferreira Gomes, os rumos traçados pela política de saúde bucal foram se modificando. Com o intuito de formular novas diretrizes e propor rumos para a Política Estadual de Saúde Bucal, em 2008, realizou-se o lançamento do MAPP da Saúde (Monitoramento e Acompanhamento dos projetos prioritários do governo) com a previsão de implantação de 16 Centros de Especialidades

Odontológicas Regionais perfazendo um total de 25 estabelecimentos, pois cinco já tinham sido implantados em municípios do interior do Estado e quatro já funcionavam na capital Fortaleza (NOGUEIRA; SANTANA; SILVA, 2014).

A proposta do novo governo era de que esses estabelecimentos funcionassem sob a modalidade de Consórcio Público em Saúde<sup>15</sup>, ou seja os municípios que faziam parte da mesma microrregional de saúde se consorciavam para ratear as despesas com os serviços especializados. Ademais, ainda havia a participação financeira da esfera estadual como contrapartida (VIEIRA, 2013).

Outro ponto que mereceu destaque no período foi à organização pela Secretaria Estadual de Saúde de uma seleção pública para o cargo de diretor dos CEO Regionais que considerou critérios relativos à experiência em administração pública assim como ofertado um Curso de Especialização em Gestão de Sistemas de Saúde para esses gestores. Essa nova gestão reorganizou os serviços de saúde bucal, de modo que a Secretaria de Saúde desse prioridade ao investimento na atenção secundária e à estruturação dos serviços terciários, como a odontologia hospitalar (VIEIRA, 2013).

### 2.3.1 Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde

A sociedade cada dia mais valoriza a qualidade de vida e cobra do setor público este retorno. A prestação de serviços públicos deve ter como objetivo atender às necessidades coletivas da sociedade com eficiência e qualidade. Para a Administração Pública atender esta demanda que somente tende a aumentar, recorre da transferência da prestação de seus serviços para suprir suas competências e obrigações (ANDRADE; MACHADO, 2014).

Enfrentar as limitações dos recursos é o maior o desafio do gestor, em especial o gestor municipal. Este, diante de um ambiente de demandas reprimidas e crescentes por serviços públicos, vê-se impulsionado a desenvolver projetos onde os recursos sejam aproveitados de forma racional e econômica, a fim de que não haja prejuízo na execução das ações administrativas a nível local, especialmente as de caráter essencial, como a saúde (CEARÁ, 2009).

A preocupação na adoção de medidas que garantissem o acesso da população à assistência à saúde nos níveis de média e alta complexidade tornou-se importante item da agenda dos formuladores e gestores de saúde do estado do Ceará. Em especial aos residentes

---

<sup>15</sup> Lei nº 11.107/2005 e Decreto nº 6.017/2007 instituíram e regulamentaram os Consórcios Públicos.



do interior que enfrenta maiores obstáculos no acesso a serviços de saúde especializados, dificultando a solução dos seus problemas (CEARÁ, 2009).

Fundamentado em indicadores epidemiológicos (mortalidades por doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas, mortalidade materna e neonatal e respectivas patologias traçadoras) e ainda considerando as lacunas assistências e envelhecimento populacional que o governo do estado do Ceará lançou o Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde do Estado do Ceará (PROEXMAES) objetivando contribuir para a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços especializados de saúde, promovendo a integração entre os distintos níveis de atenção, com a expansão da cobertura da assistência especializada em todas as microrregiões do interior do estado (NOGUEIRA; SANTANA; SILVA, 2014).

As ações que embasam o Programa deverão repercutir de forma positiva no conjunto dos indicadores da saúde do Estado e a consequente melhoria da qualidade de vida da população cearense. Além da expansão pura e simples da capacidade instalada e da oferta de serviços; o Programa definiu o reordenamento da rede de atenção à saúde e da efetiva possibilidade do estado exercer o papel de regulador dessa rede, na obtenção efetiva da gestão no sistema (NOGUEIRA; SANTANA; SILVA, 2014).

O Programa está formatado em dois componentes: o primeiro componente corresponde à estruturação de novos serviços de saúde, e conta com a construção de 02 Hospitais Regionais, 21 Policlínicas e 16 Centros de Especialidades Odontológicas Regional (CEOs-R) e aquisição de equipamentos médico-hospitalares para essas unidades (CEARÁ, 2009).

O segundo componente está relacionado ao fortalecimento institucional da gestão e melhoria contínua da qualidade dos serviços em saúde da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), envolvendo investimentos em tecnologia da Informação, formação/treinamento de gestores e técnicos e a certificação/acreditação das unidades de saúde programadas (CEARÁ, 2009).

Por meio de uma visão ousada e com foco na qualidade, o Programa propõe a implantação de Policlínicas com infraestrutura adequada para atender as principais especialidades médicas de interesse epidemiológico no estado e a construção de 16 CEOs Regionais com acesso da população aos procedimentos odontológicos especializados. O custo total do Programa ficou estimado em R\$ 523 milhões entre recursos do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e do Tesouro Estadual (NOGUEIRA; SANTANA; SILVA, 2014).

Foram definidos os Modelos Assistenciais das diversas unidades, assim como os Modelos de Gestão que são os Consórcios Públicos de Saúde para os CEOs Regionais e Policlínicas; cujos entes são os Gestores Municipais das microrregiões de saúde e o Estado, e para as unidades hospitalares Organização Social de Saúde (OSS), com contrato de gestão firmado com o Estado (CEARÁ, 2009).

### 2.3.2 Os consórcios públicos no gerenciamento dos CEOs regionais do Ceará

Os Consórcios Públicos em Saúde ocupam, atualmente, o papel de destaque na Política de Saúde do Estado do Ceará. Por meio dessa estratégia, está sendo possível promover mudanças efetivas e possibilitar à população, o acesso a serviços especializados, com qualidade, além de levantar a discussão sobre financiamento da Atenção Especializada e o processo de organização da Rede de saúde (NOGUEIRA; SANTANA; SILVA, 2014)

O Ceará optou pela gestão consorciada, por ser a estratégia mais compatível com os princípios do SUS e a que mais favorece o processo de regionalização e descentralização das ações e serviços de saúde, entre outras vantagens (CEARÁ, 2009).

A maior conquista alcançada com a implantação dos consórcios foi à mudança de paradigmas nas práticas de gestão em saúde. A reversão do modelo de gestão autônoma, pouco resolutiva e onerosa para o sistema de saúde, para um modelo compartilhado de recursos financeiros, recursos humanos, tecnológicos, equipamentos, transportes, insumos, priorizando a parceria, as decisões conjuntas sobre as questões de saúde (NOGUEIRA; SANTANA; SILVA, 2014).

Para condução do processo de implantação, a regionalização, que é uma diretriz do Sistema Único de Saúde foi um eixo estruturante norteador da descentralização e organização das ações e serviços de saúde no âmbito regional. O Ceará, através da Regionalização, dividiu o estado territorialmente em cinco macrorregiões de saúde e vinte e duas microrregiões de saúde. Em cada microrregião há uma instância de representação do Estado denominada Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) (CEARÁ, 2009).

As regionais de saúde por meio da participação de suas coordenadorias foram determinantes para a construção das redes de atenção à saúde no SUS e no processo de implantação dos Consórcios. O levantamento de informações sobre a saúde dos municípios, na realização de diagnósticos situacionais, demandas atendidas e não atendidas, ofertas de serviços, organização das oficinas de sensibilização aos gestores, equipes e prefeitos;

fortaleceram a importância para uma gestão compartilhada (NOGUEIRA; SANTANA; SILVA, 2014).

A estratégia de Rede Interfederativa em Saúde, ao mesmo tempo em que estabelece uma nova forma de intervenção positiva para melhorar a situação de saúde no interior do Estado, agrega valor histórico e de vanguarda nas suas práticas (NOGUEIRA; SANTANA; SILVA, 2014).

Conforme a Rede assistencial mencionada anteriormente cada Consórcio Público é responsável pelo gerenciamento de uma Policlínica e de um CEO-R. Entretanto, para que esse Consórcio possa existir e gerir essas duas unidades, é pertinente trazer neste momento as questões jurídicas das relações entre seus associados no que diz respeito ao Contrato de Programa e Contrato de Rateio (MACHADO; DANTAS, 2008).

Após a criação do consórcio, anualmente, firma-se um Contrato de Rateio, onde constam as obrigações financeiras de cada ente em prol da manutenção e do bom andamento dos serviços prestados pelo próprio consórcio. Os recursos utilizados para este fim devem constar na Lei Orçamentária Anual de cada ente associado, proporcional sua a população residente (BATISTA, 2011).

O Contrato de Programa trata-se de um documento que estabelece as obrigações de prestação de serviços pelo Consórcio. Nesse contrato se exige uma Programação Pactuada Consorciada - PPC, referente aos serviços ofertados pelas duas unidades de saúde (CEARÁ, 2009).

Em caso de extinção dos Consórcios ou modificação de cláusulas contratuais estes devem obedecer às mesmas regras de sua constituição. A Assembleia Geral ratifica a decisão e a sanciona por lei. É proveitoso informar que além de responderem solidariamente as quaisquer intercorrências pertinentes ao seu papel; o ente consorciado que não consignar em sua lei orçamentária ou em créditos adicionais, dotações suficientes para as despesas assumidas, poderá ser excluído após a suspensão (CEARÁ, 2009).

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

#### 3.1 Abordagem metodológica

Este estudo trata-se de uma Pesquisa Avaliativa de abordagem quantitativa utilizando parte da metodologia do modelo aplicado em estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas realizado em Pernambuco (FIGUEIREDO; GÓES, 2009).

Esse tipo de pesquisa advém das características avaliativas em desenvolver uma sistemática de procedimentos capazes de julgar o sucesso ou a eficácia de uma política, programa ou serviço (CONTANDRIOPOULOS et al., 2000).

A pesquisa avaliativa definida como procedimento consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos. Trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre esta e o contexto no qual ela se situa (CONTANDRIOPOULOS et al., 2000).

Corroborando com a pesquisa avaliativa, Hartz (2002) ressalta que para a qualificação dos programas em sua complexidade é necessário interação entre os setores interessados na avaliação.

“[...] nos níveis regionais e locais a descentralização da gestão de programas força uma ampliação do conhecimento sobre a totalidade dos serviços implicados na obtenção dos efeitos desejados [...]. O interesse em construir maior capacidade em avaliação nas estruturas administrativas se coloca então como pré-requisito para uma maior conscientização dos limites e benefícios da avaliação, nas instituições governamentais ou não governamentais, integrando o processo das reformas sanitárias, e não como uma atividade isolada” (HARTZ, 2002).

Ao objeto colocado para a avaliação mediante as alternativas de apreensão do mesmo, relaciona, de um lado, interfaces com a avaliação tecnológica e qualidade, e, de outro, com a ciência social, política e planejamento. Assim acontece com os objetivos programáticos acompanhados por sistemas, serviços e procedimentos concretos que fazem parte de uma conjuntura política, econômica e social mais ampla, passíveis de avaliações (RIVERA, 1996; DONABEDIAN, 1988).

O processo metodológico aplicado nessa pesquisa iniciou-se por identificar os Centros de Especialidades Odontológicas Regionais (CEOs-R) inseridos no Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde - PROEXMAES, informando os repasses financeiros estabelecidos pelos Contratos de Rateio e os serviços ofertados por essas unidades por meio dos Contratos de Programa. Em seguida, a pesquisa especificou a área de

abrangência dessas unidades em relação à população e os municípios assistidos. Por fim, avaliou-se, utilizando o Índice de Cumprimento Global de Metas (CGM)<sup>16</sup>, a produção dos serviços executados nos anos de 2013, 2014 e 2015 relacionando com os indicadores estabelecidos pela Portaria Ministerial N. 1464/11/GM/MS; e o desempenho dessas Unidades.

### 3.2 Cenário da pesquisa

O Estado do Ceará localiza-se na região Nordeste do Brasil, e faz limites: ao Norte com o Oceano Atlântico, e ao Sul com o Estado de Pernambuco, ao lado Leste faz divisa com os Estados do Rio Grande do Norte e Paraíba e do lado Oeste com o Estado do Piauí. Com grande extensão territorial, sua área corresponde a 148.886,308 km<sup>2</sup>; composto por 184 municípios com uma população de 8.452.381 habitantes (IBGE de 2010). Seu rendimento nominal mensal domiciliar *per capita* da população residente no ano de 2015 foi de R\$ 680,00 (IBGE, 2016).

#### 3.2.1 Localização dos CEOs regionais nas microrregiões de saúde

A organização do sistema de saúde estadual leva em consideração o Plano Diretor de Regionalização das Ações e Serviços de Saúde – PDR do Estado do Ceará 2014, para organizar seus serviços de saúde. Conforme o PDR, o Estado dividiu-se territorialmente em cinco macrorregiões<sup>17</sup> (Figura 3) e vinte e duas microrregiões de saúde (Figura 4). Em cada microrregião há uma instância de representação do Estado denominada Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) (CEARÁ, 2014a).

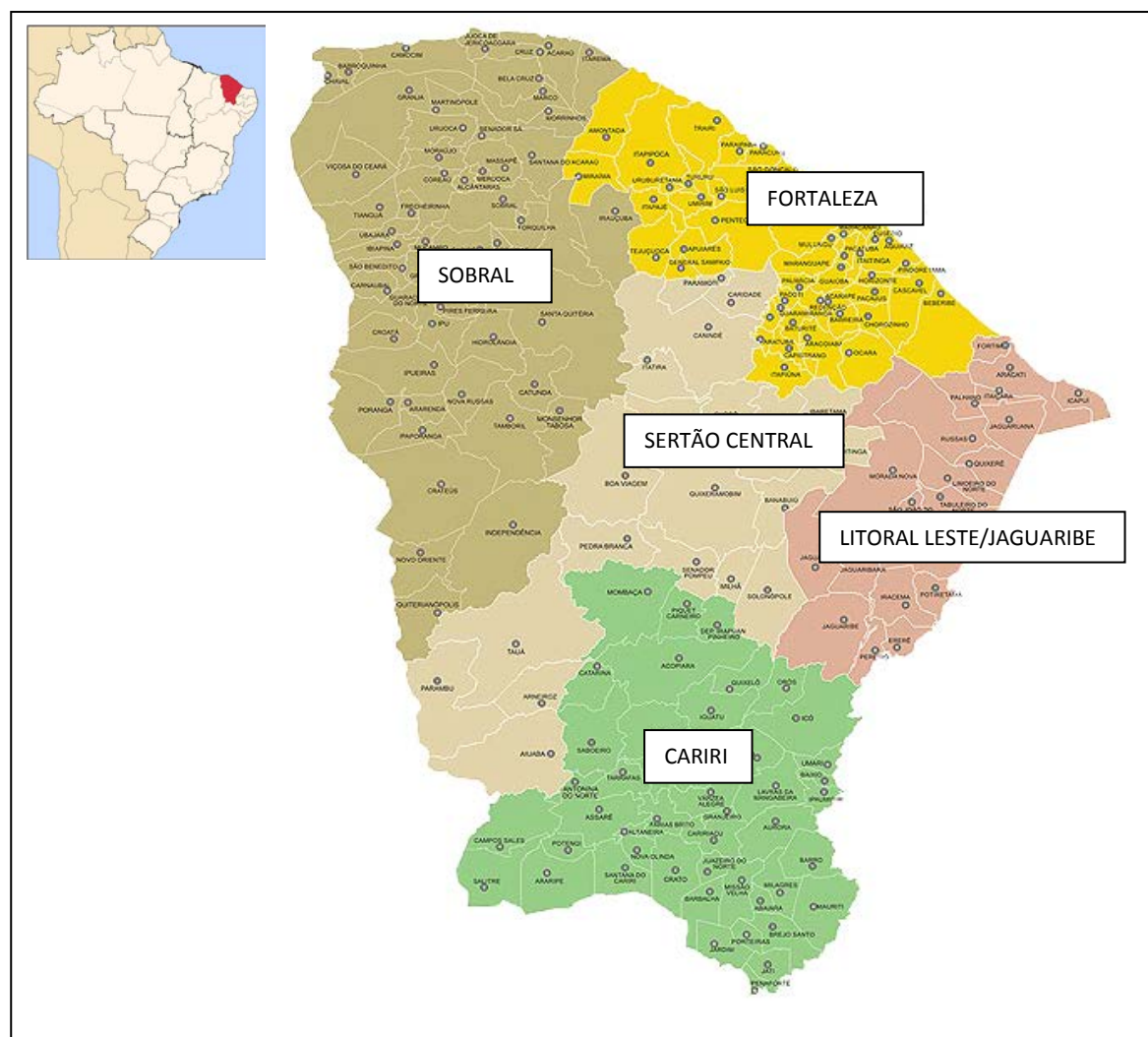
Identificou-se a implantação de 16 CEOs Regionais pelo Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde pelo Governo do Estado para cada microrregião de saúde a serem somadas as cinco outras anterior ao programa, além das unidades de Fortaleza. O censo e a distribuição dos CEO Regionais inseridos no Estado foram reunidos e esquematizados na seção de Resultados 6.1 (FIGURA 5).

---

<sup>16</sup> Trata-se de um índice, desenvolvido pelo professor Paulo Góes, aplicados em pesquisas que tratam de avaliar o desempenho dos serviços relacionadas a atenção secundária em saúde bucal (FIGUEIREDO, 2008).

<sup>17</sup> As macrorregiões são formadas por um conjunto de regiões que convergem para os pólos terciários de Saúde de Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Litoral Leste/Jaguaribe e Cariri (CEARÁ, 2014).

Figura 3 – As Cinco macrorregiões de saúde do Ceará



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (2014). Disponível em <http://www.saude.ce.gov.br/>

A abrangência populacional correspondente para cada Macrorregião de Saúde apresentou-se constituídas pelas: Macrorregião Fortaleza (44 municípios) com 4.560.149; Macrorregião Sobral (55 municípios) com 1.606.608; Macrorregião Cariri (45 municípios) com 1.448.475; Macrorregião Sertão Central (20 municípios) com 631.037 e a Macrorregião Litoral Leste/Jaguaribe (20 municípios) com 532.306.

Figura 4 – As vinte e duas microrregiões de saúde do Ceará<sup>18</sup>



Todos os 16 Centros de Especialidades Odontológicas Regionais apresentam o mesmo projeto arquitetônico com perfil físico funcional de 11 consultórios odontológicos; sendo na Clínica Integrada com 09 cadeiras (odontológicas) destinadas ao atendimento nas especialidades de: endodontia, prótese/dor orofacial, periodontia e ortodontia/ortopedia funcional dos maxilares e 02 consultórios dedicados aos procedimentos em cirurgia oral menor/estomatologia e o atendimento a pacientes portadores de necessidades especiais (CEARÁ, 2011).

As unidades ainda disponibilizavam de laboratório próprio de prótese dentária, Ouvidoria, Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), Serviço Auxiliar de Diagnóstico

<sup>18</sup> Autorização do uso de mapas pelo IPECE (ANEXO D).

e Terapia (SADT): exames de imagem digital (raio-x periapical, panorâmico e cefalométrico) e setor da tecnologia da informação.

A capacidade instalada para os Centros de Especialidades foi de 672 atendimentos a pacientes com tratamento concluído/mês. Essas unidades funcionam em dois turnos (manhã e tarde) durante toda semana com uma média de 50 funcionários trabalhando sob regime celetista.

### 3.2.2 Componentes interfederativo de financiamento dos CEOs regionais

As fontes de dados para análise dos custos dos CEO Regionais surgiram do modelo de gestão compartilhada presente nos documentos de Contratos de Rateio. Este firma o compromisso dos valores a serem repassados para custear a Unidade. Ressalta-se que o tipo de consórcio interfederativo envolveu repasses financeiros correspondentes as esferas: federal, estadual e municipal.

## 3.3 Critérios de seleção para avaliação

### 3.3.1 Seleção dos indicadores de saúde bucal especializada

A Portaria Nº 1.464/11GM/MS instituiu o financiamento de todos os Centros de Especialidades Odontológicas por meio do monitoramento de produção mínima mensal apresentada nos Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS – SIA/SUS. Os CEOs devem ofertar minimamente serviços nas áreas clínicas de: periodontia; cirurgia oral menor; endodontia e atendimento a pacientes com necessidades especiais (Anexo B).

Para os CEOs Regionais do Ceará classificados pelo Ministério da Saúde como tipo III, além de ofertar as especialidades citadas acima, os mesmos oferece serviços nas especialidades de ortodontia e prótese dentária, além do laboratório regional de prótese próprio da unidade e os serviços de imagem.

Dos procedimentos elencados (Apêndice A) pela portaria, o Ministério exige que dos procedimentos endodônticos; no mínimo, 20% destes deverão ser em obturação ou retratamento de dentes com 03 ou mais raízes; do mesma forma, em Pacientes com Necessidades Especiais, o mínimo, de 50% dos procedimentos realizados deverão ser restauradores (BRASIL, 2011).



Ressalta-se que a transferência de recursos referentes aos incentivos mensais será suspensa, de maneira integral, quando a produção mínima mensal, em qualquer das especialidades citadas não forem atingida por dois meses consecutivos ou três meses alternados no período de um ano (BRASIL, 2011).

### 3.3.2 Seleção dos serviços especializados de saúde bucal

O critério de escolha dos serviços ofertados para avaliação dos 16 Centros de Especialidades Odontológicas Regionais inseridos no PROEXMAES foram os de: endodontia, periodontia, cirurgia oral menor e pacientes com necessidades especiais; sendo excluídos dessa avaliação as especialidades de prótese dentária e ortodontia, estes normatizados por outras portarias.

### 3.3.3 Seleção do período

O período compreendido pelos anos de 2013 a 2015 foi escolhido pelo fato de que a partir desse ano, todas as unidades estavam inauguradas e cadastradas no CNES sendo assim, capazes de traduzir por meio dos dados, a eficácia desses serviços diante do modelo Consorcial já que as mesmas se encontravam em pleno funcionamento.

### 3.3.4 Levantamento das fontes de dados da produção ambulatorial

Os levantamentos das fontes de dados secundários referentes às unidades avaliadas ocorreram em três etapas:

#### **1ª etapa – Avaliação do cumprimento de metas da atenção secundária**

- Para a avaliação das metas dos serviços odontológicos, por meio do desempenho da produção, foram criadas numa planilha (Apêndice B), o subconjunto das especialidades odontológicas e os procedimentos compreendido por cada uma delas, conforme a tabela de procedimentos dos serviços que compõe as metas mensais previstas na Portaria MS 1464/2011.
- Em seguida, extraíram-se os dados secundários dos relatórios produzidos pelo Núcleo de Informação e Controle de Serviços de Saúde (NUICS) (Anexo C) da Secretária Estadual de Saúde do Ceará (SESA) gerado na pagina web <http://extranet.saude.ce.gov.br/covac/> e [http://extranet.saude.ce.gov.br/covac/SAUDE\\_BUCAL](http://extranet.saude.ce.gov.br/covac/SAUDE_BUCAL).

- Os relatórios extraídos desse sistema preencheram as planilhas construídas no *Excel*, versão 2010, considerando apenas os procedimentos estabelecidos pelos subconjuntos das especialidades estabelecidas pela Portaria Nº. 1464/11 nos anos de 2013, 2014 e 2015 (Apêndice C).
- Ao final de cada ano, os consolidados das unidades foram agrupados em 04 especialidades de 6 subconjuntos de procedimentos (Quadro 2) que tiveram seus desempenhos avaliados conforme o Índice de Cumprimento Global de Metas (CGM).
- O índice CGM de avaliação é definido pela razão entre a produção mensal média dos subgrupos de serviços realizados por cada unidade em relação a meta proposta na Portaria Nº 1464/11 GM/MS. O resultado é considerado satisfatório (meta atingida) quando este índice resulta num quociente maior ou igual a 1 (um).

### 2ª etapa – Avaliação do subgrupo de metas

- Com base no índice CGM, foram estabelecidas uma segunda variável.
- Meta atingida (sim ou não) por especialidade.
- Utilizou-se o Índice para agrupar os subgrupos conforme cada especialidade. Uniram-se os resultados dos subconjuntos de procedimentos exigidos pela Portaria N. 1464/11 da seguinte forma: Pacientes com Necessidades Especiais (02 metas do subconjunto), Endodontia (02 metas do subconjunto), Periodontia (1 meta do subconjunto) e Cirurgia Oral Menor (01 meta do subconjunto) (Quadro 2).

### 3ª etapa – Avaliação do desempenho dos serviços

- Utilizando para o desempenho das unidades, aplicou-se a terceira variável do índice CGM.
- As unidades foram classificadas quanto ao seus desempenhos nos três anos de produção em: **ótimo** (se atingiu a meta nas quatro especialidades), **bom** (se atingiu a meta em três especialidades), **regular** (se atingiu a meta em duas especialidades) e **ruim** (se atingiu a meta em apenas uma especialidade).

Quadro 2 – Indicadores de desempenho do CEOS regionais

|   | ESPECIALIDADES                             | SUBCONJUNTO DE ESPECIALIDADES                              | PARAMETRO MINIMOS BRUTO |
|---|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 1 | Periodontia                                | Tratamentos periodontais                                   | 150                     |
| 2 | Cirurgia Oral Menor                        | Tratamentos cirúrgicos                                     | 170                     |
| 3 | Endodontia                                 | Tratamento endodôntico realizados                          | 95                      |
|   |                                            | Endodontia de 3 ou mais raízes (obturação ou retratamento) | 19                      |
| 4 | Pacientes com Necessidades Especiais (PNE) | Procedimentos básicos                                      | 190                     |
|   |                                            | Procedimentos restauradores                                | 95                      |

Fonte: Portaria Nº 1.464, de 24 de junho de 2011.

### 3.4 Tratamento estatístico dos dados

Após a construção do banco de dados (Apêndice D), as informações foram inseridas e submetidas à análise estatística no programa SPSS 13.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) para Windows e o Excel 2010. Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança e os resultados apresentados em forma de gráficos e tabelas com suas respectivas frequências absoluta e relativa.

No que diz respeito às variáveis numéricas, essas foram representadas pelas medidas de tendência central e medidas de dispersão. Por fim, para o método de medidas repetidas utilizou-se o modelo de regressão linear misto, que leva em consideração a possível correlação entre os valores da variável resposta que constituem essas medidas repetidas.

### 3.5 Considerações éticas

Foi realizada uma visita ao Núcleo de Saúde Bucal da SESA-CE em dezembro de 2015, onde em contato com a Coordenadora Estadual de Saúde Bucal e assessoras técnicas do setor foi repassado o modelo do projeto informando que seriam extraídos do sistema de informação da Secretaria Estadual de Saúde, os dados de produção ambulatorial das unidades a serem avaliadas.

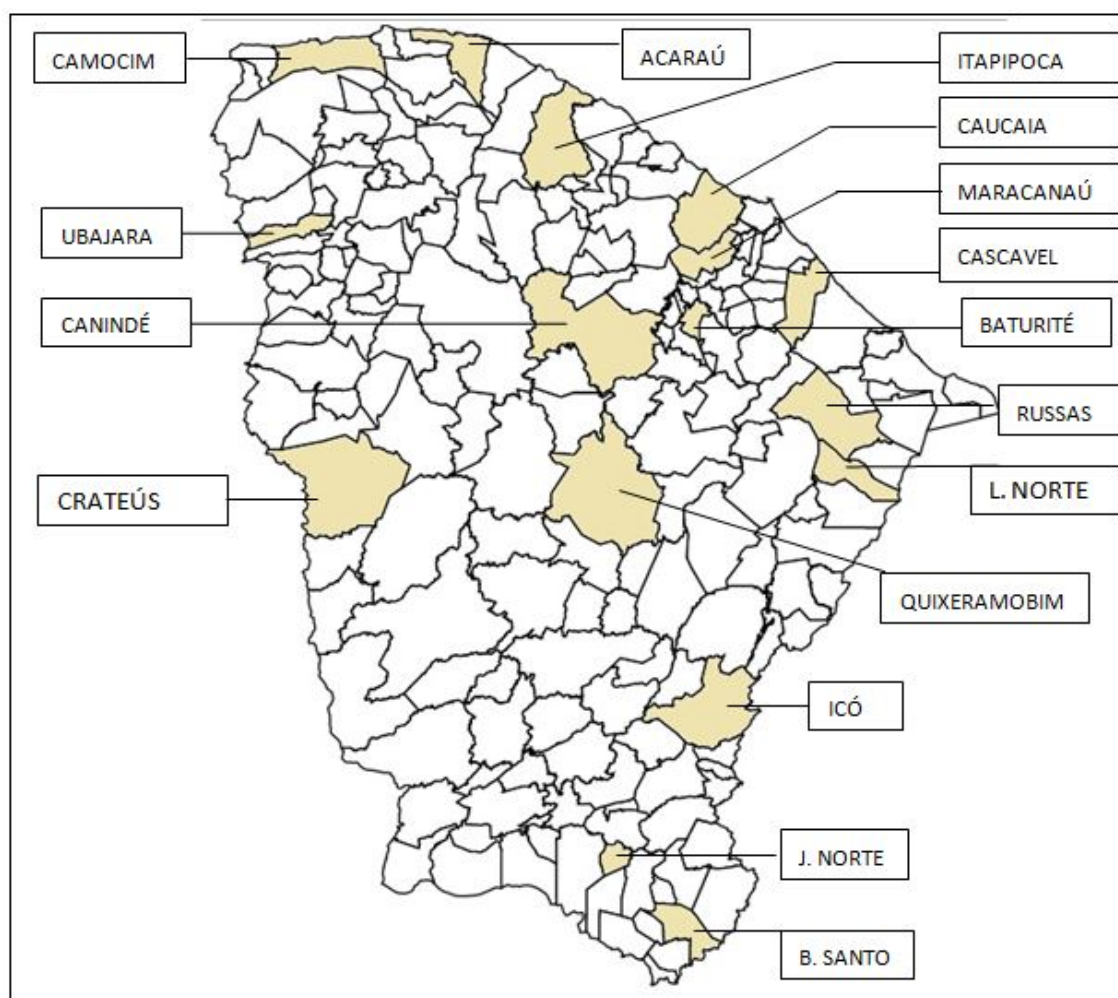
## 4 RESULTADOS

### 4.1 Localização e área de abrangência dos CEOS Regionais do Ceará

A condução do processo de implantação do Programa de Expansão a Melhoria da Assistência Especializada a Saúde do Estado do Ceará (PROEXMAES) foi norteado por meio do processo de Regionalização. Pertencente a uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde, este eixo estruturante foi o norteador na descentralização e organização das ações e serviços de saúde (CEARÁ, 2009).

O PROEXMAES em seus eixos estruturantes definiu, entre outras atribuições, os seus modelos assistenciais com 16 Centros de Especialidades Odontológicas Regional (CEO R) gerenciados por meio dos Consórcios Públicos de Saúde das respectivas regiões (Figura 5).

Figura 5 - Localização dos Centros de Especialidades Odontológicas Regionais do Ceará



Fonte: Produzido pela autora.

Cada CEOs encontra-se como referência a sua Microrregião de Saúde. Tendo sido estabelecido pelo PDR (2014) do Estado, os municípios de sua abrangência e o total da

população a ser assistida (Tabela 1). A demanda ao atendimento desses pacientes segue o fluxo de referência ambulatorial de agendamento, os mesmos com a guia de encaminhamento dos dentistas da atenção primária procuram a Unidade de Marcação do seu município e solicita o agendamento para realizar o procedimento ambulatorial especializado (CEARÁ, 2014b).

A solicitação é inserida no Sistema UNISUS WEB<sup>19</sup>, operado via internet; e o atendimento é marcado dentro da uma cota de vagas específicas para cada município. Um boleto de marcação é gerando e entregue ao requerente contendo o nome do estabelecimento, profissional e horário do atendimento (CEARÁ, 2014b).

Tabela 1 – Localização dos CEOs Regionais e número de municípios por área abrangência

| <b>UNIDADE DE SAÚDE</b> | <b>MICRORREGIÃO DE SAÚDE</b> | <b>NÚMERO DE MUNICÍPIOS ASSISTIDOS</b> | <b>HABITANTES POR AREA DE ABRANGENCIA</b> |
|-------------------------|------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------|
| CEO CAUCAIA             | 2ª CRES CAUCAIA              | 9                                      | 593.902                                   |
| CEO MARACANAÚ           | 3ª CRES MARACANAÚ            | 8                                      | 517.454                                   |
| CEO BATURITÉ            | 4ª CRES BATURITÉ             | 8                                      | 136.823                                   |
| CEO CANINDÉ             | 5ª CRES CANINDÉ              | 6                                      | 201.678                                   |
| CEO ITAPIPOCA           | 6ª CRES ITAPIPOCA            | 7                                      | 285.608                                   |
| CEO ARACATI             | 7ª CRES ARACATI              | 4                                      | 114.048                                   |
| CEO QUIXADÁ             | 8ª CRES QUIXADÁ              | 10                                     | 316.101                                   |
| CEO RUSSAS              | 9ª CRES RUSSAS               | 5                                      | 196.063                                   |
| CEO L. DO NORTE         | 10ª CRES L. DO NORTE         | 11                                     | 222.195                                   |
| CEO ACARAÚ              | 12ª CRES ACARAÚ              | 7                                      | 220.576                                   |
| CEO CRATEUS             | 15ª CRES CRATEÚS             | 11                                     | 295.565                                   |
| CEO CAMOCIM             | 16ª CRES CAMOCIM             | 5                                      | 153.682                                   |
| CEO ICÓ                 | 17ª CRES ICÓ                 | 7                                      | 170.862                                   |
| CEO BREJO SANTO         | 19ª CRES B.SANTO             | 9                                      | 210.792                                   |
| CEO J. DO NORTE         | 21ª CRES J. DO NORTE         | 6                                      | 412. 620                                  |
| CEO CASCAVEL            | 22ª CRES CASCAVEL            | 7                                      | 311.211                                   |

Fonte: Produzido pela autora

<sup>19</sup> UNISUS WEB - é um upgrade tecnológico do software UNISUS, trata-se de uma ferramenta utilizada pela Central de Regulação do SUS, instância da SESA, que coordena o complexo regulador do Estado (CEARÁ, 2014b).

Verificou-se que a assistência prestada por essas unidades abrangem um quantitativo populacional diferenciado, variando de Microrregiões com o menor número de habitantes: Aracati (114.048 hab.) em relação a outras maiores como Caucaia (593.902 hab.) e Maracanaú (517.454 hab.) pertencentes à Macrorregião de Fortaleza, seguido de Juazeiro do Norte pertencente a Macrorregião do Cariri.

#### **4.2 Componentes financeiros dos CEOS Regionais**

As transferências de recursos e procedimento dos repasses financeiros ocorreram por meio de consignados nos Fundos de Saúde. Essas transmissões se deram do Fundo de Saúde para os respectivos Consórcios, conforme os acordos previstos nos contratos de rateios.

Esses contratos de rateios foram os instrumentos jurídicos formais que definiram as responsabilidades econômico-financeiras por parte de cada ente consorciado, além, da forma de repasse de recursos por esses participantes (CEARÁ, 2009).

Três fontes pagadoras, Fonte 00 (de repasse estadual) e Fonte 91 (de repasse federal), e as arrecadações municipais recolhidas diretamente do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) dos entes consorciados para os Consórcios, somaram-se para partilhar o custeio de um Centro de Especialidades Odontológicas Regional (Anexo A).

Os percentuais dos rateios entre os entes federativos se distribuíram numa média de: 40% de repasse Estadual, 24% repasse Federal e 36% de repasses Municipais, sendo este último, fracionado conforme o percentual populacional (Quadro 3).

Quadro 3 - Modelo de rateio de custeio do centro de especialidades odontológicas

| FONTE                               | VALOR DO REPASSE PROGRAMADO PARA EXERCÍCIO ATUAL |               |                                                | REPASSE PROGRAMADO SOBRE O ICMS DO EXERCÍCIO ANTERIOR |              |                                               | VALOR PROGRAMADO PARA O EXERCÍCIO |              |              |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------|--------------|--------------|
|                                     | % CUSTEIO                                        | MENSAL (R\$)  | ANO (R\$)                                      | % CUSTEIO                                             | MENSAL (R\$) | ANO (R\$)                                     | % CUSTEIO                         | MENSAL (R\$) | ANO (R\$)    |
| CUSTEIO ESTADUAL                    | 40%                                              | 90.825,59     | 1.089.907,06                                   | 32,82%                                                | 74.519,86    | 894.238,33                                    | 45,05%                            | 102.294,22   | 1.227.530,65 |
| *CUSTEIO MUNICIPAL                  | 33,6%                                            | 76.288,38     | 915.450,58                                     | 40,78%                                                | 92.594,11    | 1.111.129,31                                  | 28,55%                            | 64.819,75    | 777.836,99   |
| CUSTEIO FEDERAL                     | 24,4%                                            | 59.950,00     | 719.400,00                                     | 26,40%                                                | 59.950,00    | 719.400,00                                    | 26,40%                            | 59.950,00    | 719.400,00   |
| <b>TOTAL DO CUSTEIO</b>             | 100%                                             | 227.063,97    | 2.724.767,64                                   | 100%                                                  | 227.063,97   | 2.724.767,64                                  | 100%                              | 227.063,97   | 2.724.767,64 |
| <b>* FONTE DE CUSTEIO MUNICIPAL</b> |                                                  |               |                                                |                                                       |              |                                               |                                   |              |              |
| MUNICIPIO                           | POPULAÇÃO                                        |               | 33,6% DO CUSTEIO CEO R                         |                                                       |              |                                               |                                   |              |              |
|                                     | TOTAL                                            | %             | CUSTO MÉDIO MENSAL A SER PAGO PELOS MUNICIPIOS |                                                       |              | CUSTO MÉDIO ANUAL A SER PAGO PELOS MUNICIPIOS |                                   |              |              |
| <b>A</b>                            | 14.771                                           | 9,61%         | R\$ 7.332,39                                   |                                                       |              | R\$ 87.988,63                                 |                                   |              |              |
| <b>B</b>                            | 61.918                                           | 40,29%        | R\$ 30.736,35                                  |                                                       |              | R\$ 368.836,22                                |                                   |              |              |
| <b>C</b>                            | 12.865                                           | 8,37%         | R\$ 6.386,24                                   |                                                       |              | R\$ 76.634,87                                 |                                   |              |              |
| <b>D</b>                            | 53.435                                           | 34,77%        | R\$ 26525,36                                   |                                                       |              | R\$ 318.304,27                                |                                   |              |              |
| <b>E</b>                            | 10.693                                           | 6,96%         | R\$ 5.308,05                                   |                                                       |              | R\$ 63.696,59                                 |                                   |              |              |
| <b>TOTAL</b>                        | <b>153.682</b>                                   | <b>100% %</b> | <b>R\$ 76.288,38</b>                           |                                                       |              | <b>R\$ 15.460,58</b>                          |                                   |              |              |

Fonte: NOGUEIRA; SANTANA; SILVA (2014, p. 90).

#### 4.3 Desempenho dos procedimentos odontológicos desenvolvidos nos CEOS Regionais

Para melhor compreensão dos resultados da produção mensal das 16 unidades nos períodos analisados, considerou-se abreviar os nomes dos subconjuntos em: procedimentos básicos realizados em pacientes com necessidades especiais, pela abreviação de procedimentos básicos em PNE; procedimentos restauradores em pacientes com necessidades especiais por procedimentos restauradores em PNE; e endodontia em dentes permanentes trirradiculares por endodontia em trirradiculares.

A análise de medidas repetidas relacionou os subconjuntos dos procedimentos nos anos de 2013 com 2014, 2013 com 2015 e por fim, 2014 com 2015.

Na tabela 2, observa-se que não houve diferença estatisticamente significativa apenas na variável 'endodontia em trirradiculares' ( $p=0,082$ ). Nas demais variáveis de procedimentos ambulatoriais, os resultados significativos se apresentaram com  $p\text{-valor} \leq 0,05$ .

Ainda na mesma tabela, constatou-se que nos ‘procedimentos básicos em PNE’ ( $p=0,001$ ), ‘periodontia’ ( $p=0,028$ ) e ‘endodontia’ ( $p=0,014$ ), quando analisado dois a dois, houve diferença significativa nas produções do ano de 2015 em relação a 2013, entretanto isso não aconteceu quando comparado com a produção do ano de 2014. Nos ‘procedimentos restauradores em PNE’ quando analisado a média dos 3 anos, verificou-se que existe diferença ( $p=0,04$ ). Já no subconjunto de ‘cirurgia oral menor’ ( $p=0,009$ ) a mudança significativa transcorreu nos anos de 2013 com 2014 e 2013 com 2015, não acontecendo alteração relevante nos anos de 2014 com 2015.

Tabela 2 – Produção mensal dos 16 CEO regionais nos anos de 2013, 2014 e 2015

| Variáveis                       | Anos               |                             |                              | p-valor* |
|---------------------------------|--------------------|-----------------------------|------------------------------|----------|
|                                 | 2013<br>Média ± DP | 2014<br>Média ± DP          | 2015<br>Média ± DP           |          |
| Procedimentos básicos em P N E  | 256,38 ± 153,40    | 341,69 ± 191,62             | 452,25 ± 216,39 <sup>a</sup> | 0,001    |
| Procedimentos restauradores PNE | 50,63 ± 54,05      | 79,13 ± 60,49               | 82,88 ± 40,57                | 0,040    |
| Periodontia                     | 133,56 ± 109,80    | 185,25 ± 110,66             | 235,56 ± 141,25 <sup>a</sup> | 0,028    |
| Endodontia                      | 71,19 ± 42,33      | 77,56 ± 42,29               | 100,19 ± 41,05 <sup>a</sup>  | 0,014    |
| Endodontia em trirradiculares   | 27,56 ± 17,63      | 32,88 ± 15,62               | 39,63 ± 19,12                | 0,082    |
| Cirurgia oral menor             | 86,25 ± 74,80      | 134,88 ± 90,80 <sup>a</sup> | 156,94 ± 70,69 <sup>a</sup>  | 0,009    |

Fonte: Dados da pesquisa.

(\*) Medidas Repetidas.

<sup>(a)</sup> Diferença estatisticamente significativa em relação a 2013.

<sup>(b)</sup> Diferença estatisticamente significativa em relação a 2014.

Na tabela 3, verificou-se que houve diferença estatisticamente significativa nas variáveis que representam os índices de cumprimento global, exceto em ‘endodontia em trirradiculares’ ( $p=0,067$ ).

Ainda que para a especialidade de Pacientes com Necessidades Especiais, os índices de ‘procedimentos restauradores PNE’ não tenha apresentado expressiva mudança quando comparado dois a dois; os ‘procedimentos básicos PNE’, apresentou uma diferença significativa em todas as análises de suas medidas repetidas, assim como, quando investigado os três anos conjuntamente ( $p=0,001$ ).

Por fim, nos subconjuntos de ‘periodontia’, ‘endodontia’ e ‘cirurgia oral menor’, observou-se que, exceto pela análise dos anos de 2014 com 2015; houve relevante diferença estatística quando comparado esses índices nos anos de 2013 com 2014, 2013 com 2015, e os três anos concomitantemente nos respectivos p-valor de 0,027; 0,011 e 0,006.



Tabela 3 – Índice do cumprimento global de metas (CGM) dos CEOs regionais

| Variáveis                       | Anos        |                          |                            | p-valor* |
|---------------------------------|-------------|--------------------------|----------------------------|----------|
|                                 | 2013        | 2014                     | 2015                       |          |
|                                 | Média ± DP  | Média ± DP               | Média ± DP                 |          |
| Procedimentos básicos PNE       | 1,31 ± 0,80 | 1,86 ± 0,87 <sup>a</sup> | 2,34 ± 1,15 <sup>a b</sup> | 0,001    |
| Procedimentos restauradores PNE | 0,49 ± 0,56 | 0,83 ± 0,59              | 0,83 ± 0,43                | 0,029    |
| Periodontia                     | 0,85 ± 0,71 | 1,20 ± 0,72 <sup>a</sup> | 1,53 ± 0,95 <sup>a</sup>   | 0,027    |
| Endodontia                      | 0,69 ± 0,43 | 0,84 ± 0,39 <sup>a</sup> | 1,01 ± 0,43 <sup>a</sup>   | 0,011    |
| Endodontia em trirradiculares   | 1,38 ± 0,94 | 1,68 ± 0,82              | 2,06 ± 1,03                | 0,067    |
| Cirurgia oral menor             | 0,46 ± 0,43 | 0,79 ± 0,52 <sup>a</sup> | 0,88 ± 0,42 <sup>a</sup>   | 0,006    |

Fonte: Dados da pesquisa.

(\*) Medidas Repetidas

(a) Diferença estatisticamente significativa em relação a 2013

(b) Diferença estatisticamente significativa em relação a 2014

#### 4.4 Desempenho dos subgrupos conforme as metas estabelecidas pela Portaria n.1464/11 ms/gm.

Após o consolidado das produções das 16 unidades regionais foi verificado conforme as metas estabelecidas pela Portaria N. 1464/11, o desempenho das unidades quanto aos subconjuntos de procedimentos realizados nos anos de 2013, 2014 e 2015.

Verificou-se no que se refere aos procedimentos básicos realizados em pacientes com necessidades especiais o cumprimento dessas metas por 87,5% das unidades nos anos de 2014 e 2015 (Gráfico 8). Os procedimentos restauradores, particular a essa mesma especialidade, apresentaram dificuldades em atingir a meta, o melhor desempenho foi no ano de 2014 quando apenas metade das unidades atingiram o objetivo (Gráfico 9). Os índices de Cumprimento Global de Metas (CGM) para esse subconjunto foi de 0.5 no ano de 2013; 0.7 em 2014 e 0.8 no ano de 2015, resultado que fortaleceu o descumprimento das metas, já que os valores são inferiores a 1 (um).

Gráfico 8 – CEOs regionais que atingiram meta em procedimentos básicos

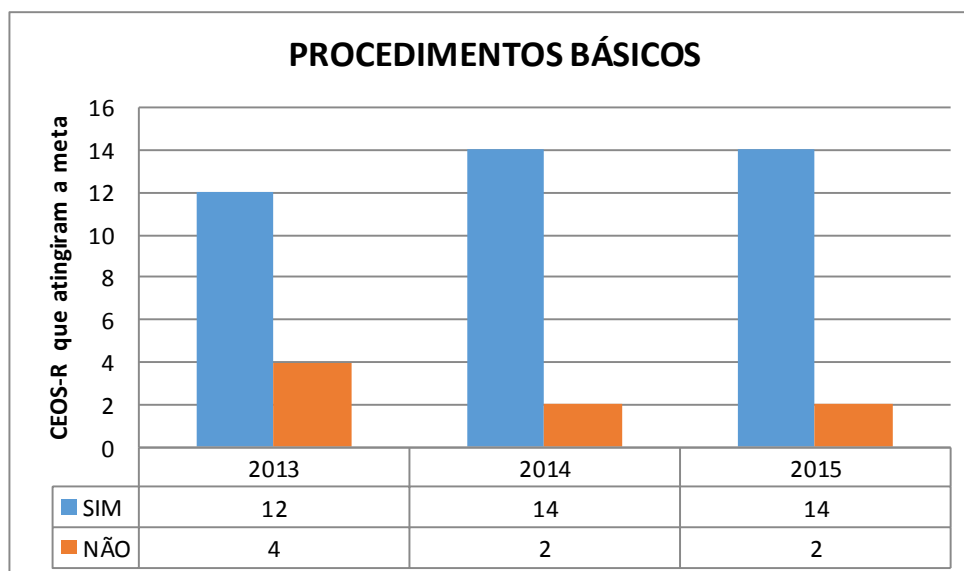
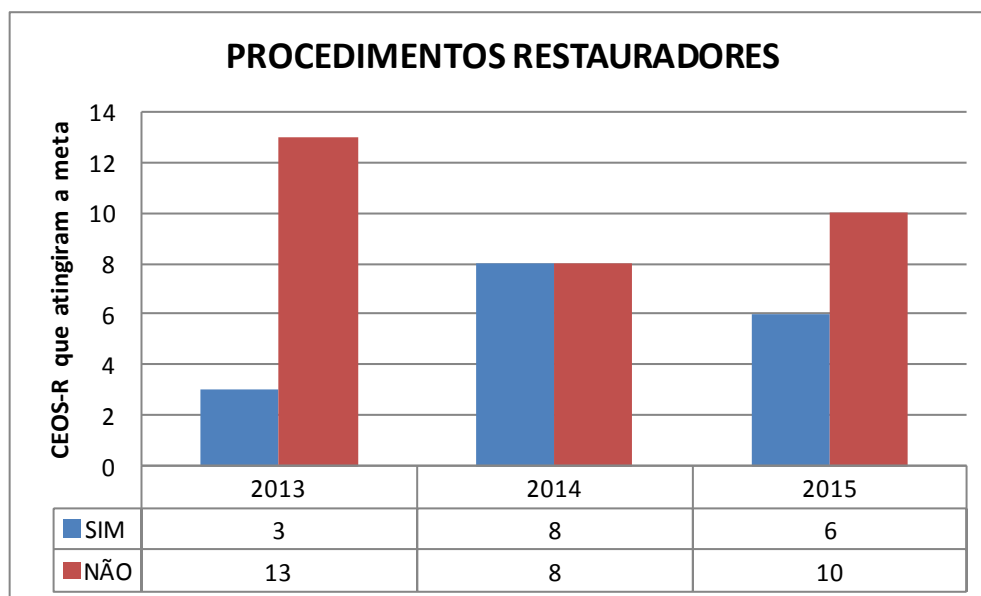
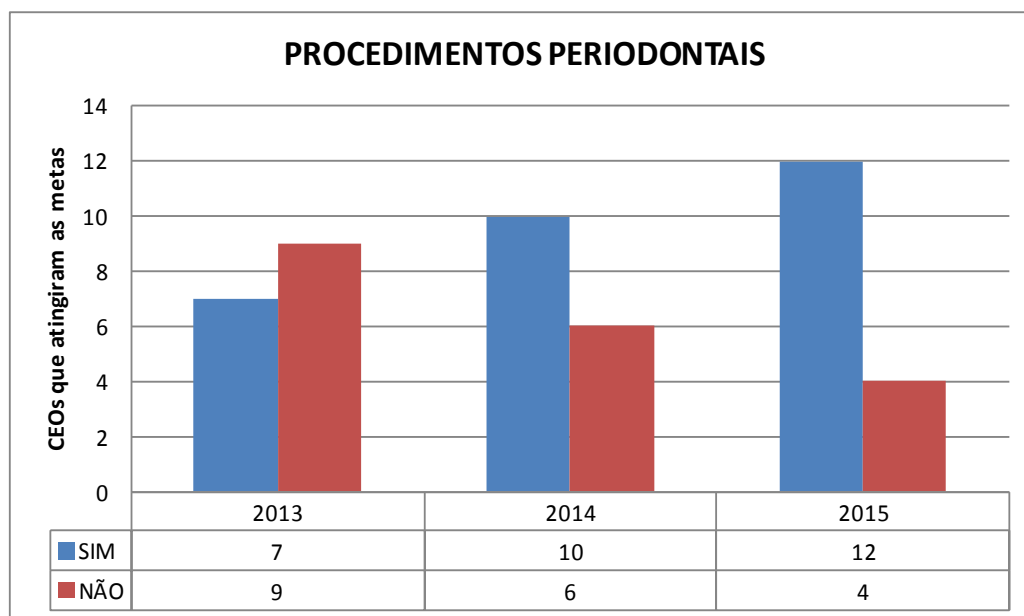


Gráfico 9 – CEOs Regionais que atingiram meta em procedimentos restauradores



O subconjunto de procedimentos periodontais apresentou crescente melhoria no cumprimento de metas pelas unidades, exceto no ano de 2013 em que apenas 7 (sete) CEOs R atingiram os resultados. O índice CGM passou de 0.8 a 1.5 entre os anos de 2013 e 2015. Neste último ano foram registrados um total de 3.788 procedimentos nessa especialidade odontológica (Gráfico 10).

Gráfico 10 – CEOs Regionais que atingiram meta em procedimentos periodontais



Para especialidade de endodontia dois subconjuntos foram analisados: os de procedimentos endodônticos e outro, mais específico, procedimentos endodônticos em dentes permanentes trirradiculares. Conforme verificado no Gráfico 11, constatou-se que os CEOs atingiram as metas de modo inversamente proporcional as unidades que não tiveram o mesmo desempenho, nesses três anos de funcionamento. O CGM iniciou-se em 0,7 em 2013, 0,8 em 2014 e passou a atingir meta em 2015 com 1,0. Entretanto, quando se analisou dentre os procedimentos endodônticos realizados, o subconjunto de procedimentos endodônticos realizados em dentes trirradiculares, este se apresentou favorável desde 2013 em 68,7% das unidades (Gráfico 12). Os índices 1,4 (2013); 1,6 (2014) e 2,0 (2015) mostraram-se satisfatório aos objetivos proposto pela Portaria (N. 1464/11).

Gráfico 11 – CEOs Regionais que atingiram meta em procedimentos endodônticos

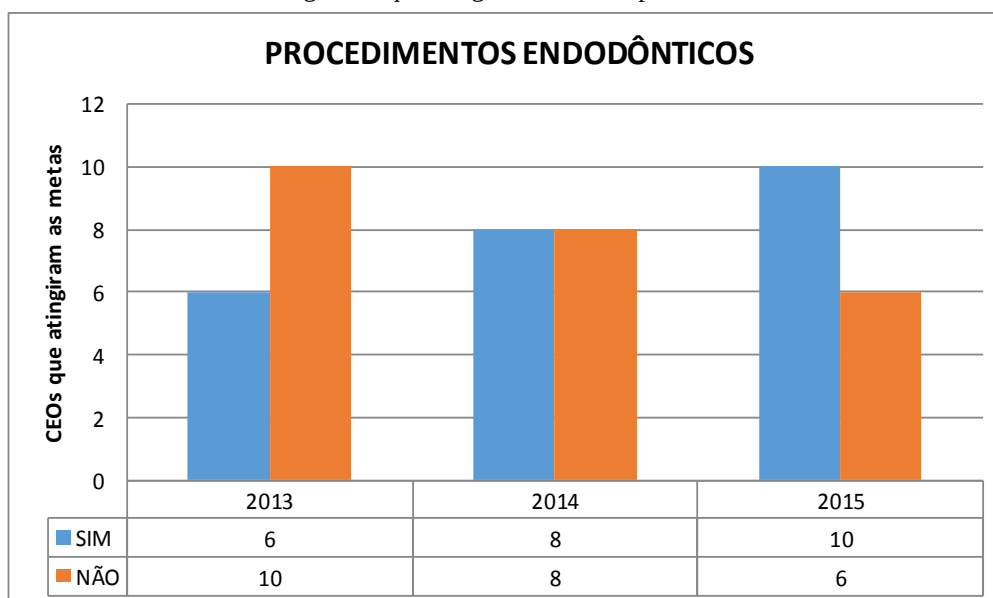
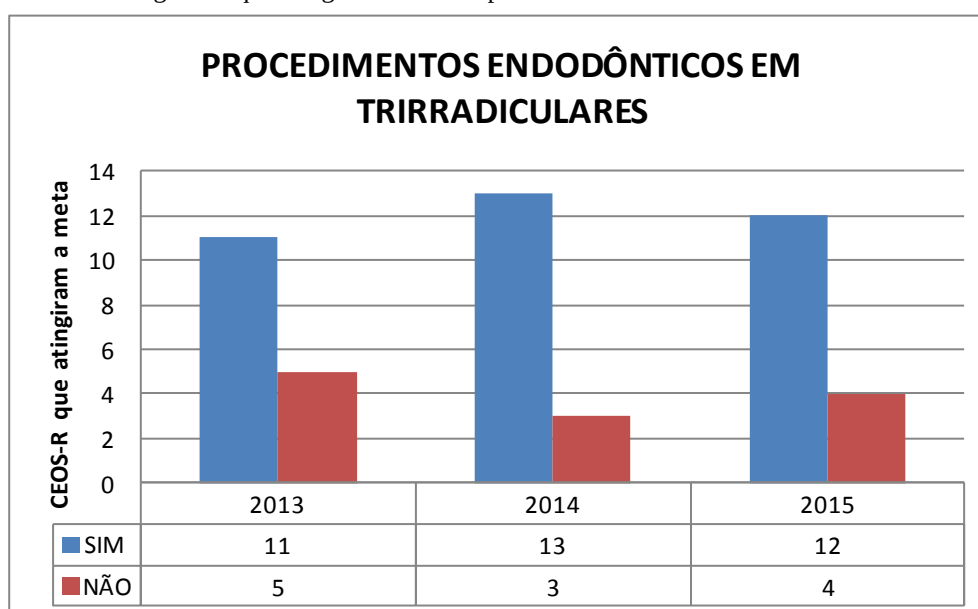
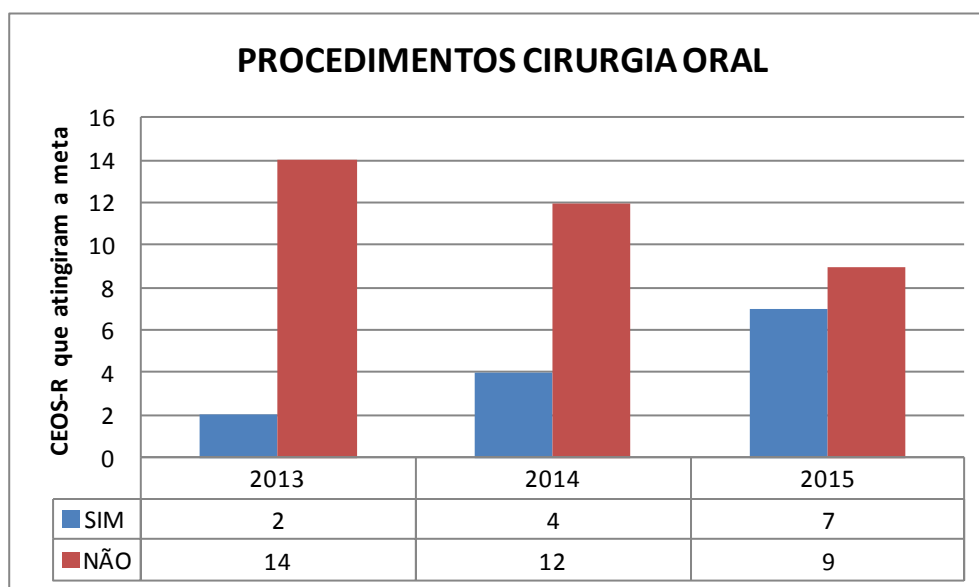


Gráfico 12 – CEOs regionais que atingiram meta em procedimentos endodônticos em dentes trirradiculares



Nos procedimentos de cirurgia oral menor percebeu-se que se trata de um desafio para a grande maioria das unidades em atingir essa meta. Mesmo com uma melhora no decorrer dos anos, a máxima foi efetuada somente por 43,7% dos CEOs Regionais no ano de 2015. O índice de Cumprimento Global de Metas para os anos de 2013, 2014 e 2015 foram de 0,5, 0,7 e 0,9, respectivamente (Gráfico 13).

Gráfico 13 – CEOs regionais que atingiram meta em procedimentos de cirurgia oral

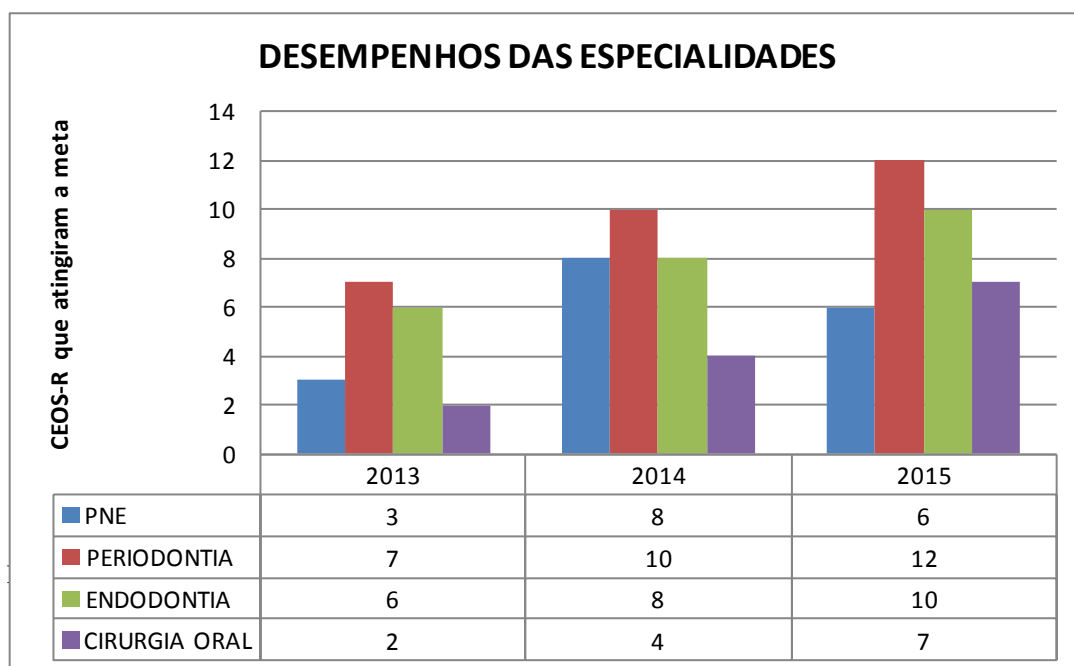


Utilizando os subconjuntos dos procedimentos para as suas respectivas especialidades odontológicas; verificou-se que o ano de pior desempenho assistencial, conforme preconiza a Portaria N. 1464/11, foi o de 2013 quando as metas dos CEOs Regionais foram atingidas ao máximo, por apenas 7 das unidades na especialidade de Periodontia. Nesse mesmo ano a especialidade de cirurgia oral menor apresentou seu pior desempenho com 2 das unidades cumprindo meta.

No ano de 2014, a especialidade de periodontia continuou na liderança com 62,5% dos Centros de Especialidades cumprindo seu objetivo; seguido das especialidades de atendimento a pacientes com necessidades especiais (PNE) e periodontia com 50%. O pior desempenho permaneceu na cirurgia oral menor com somente 4 das unidades alcançando seus resultados.

Em 2015, ano de melhor proveito das especialidades, a periodontia encabeçou 12 dos Centros de Especialidades no cumprimento de meta, acompanhado pela especialidade de endodontia (10). Os piores resultados ficaram nas assistências odontológicas de pacientes com necessidades especiais (6) e cirurgia oral menor (7) (Gráfico 14).

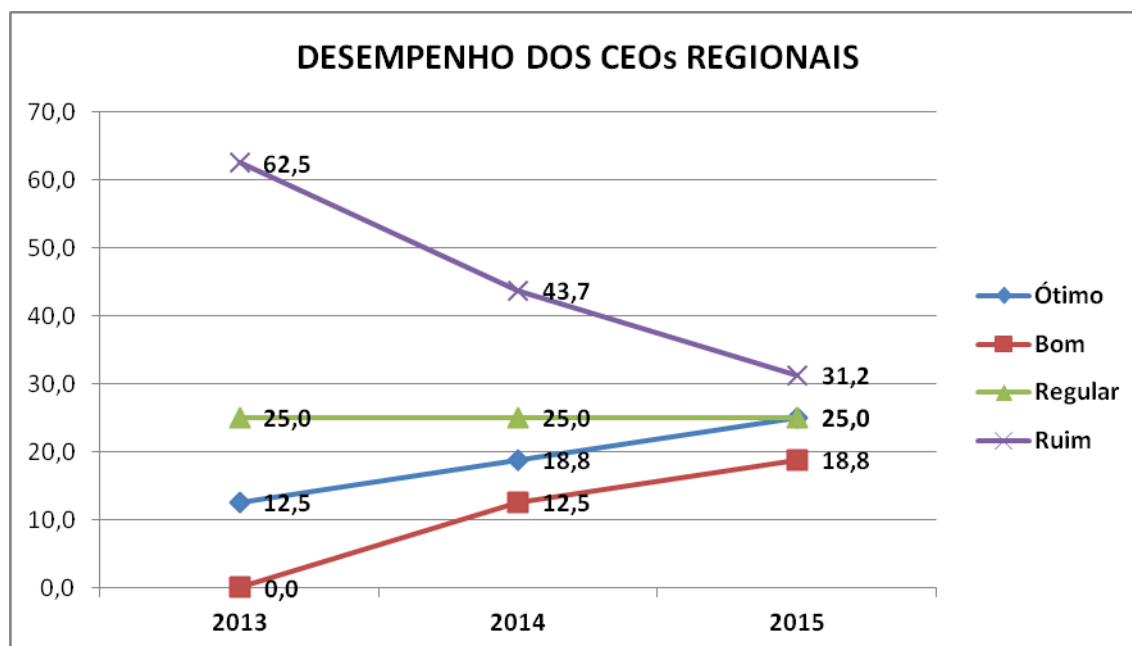
Gráfico 14 – Desempenho das especialidades odontológicas



#### 4.5 Desempenho dos CEOS regionais

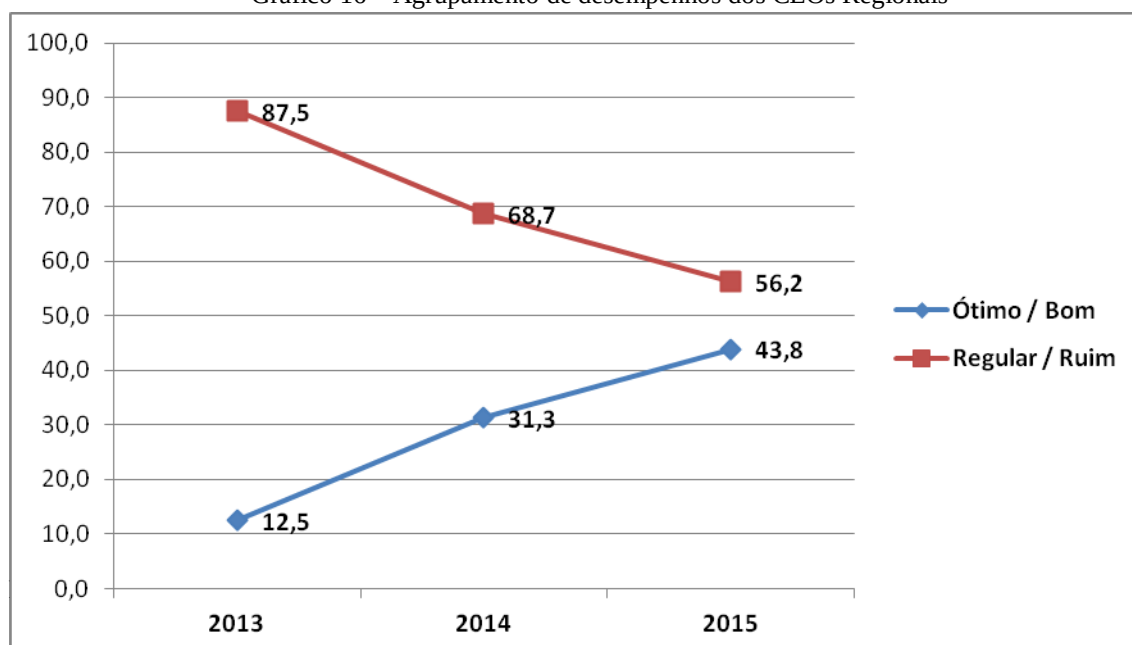
Em conformidade com a classificação de desempenho, observou-se que no decorrer dos anos de 2013, 2014 e 2015 houve uma ascensão no comportamento dos Centros de Especialidades Odontológicas Regionais gerenciados pelos Consórcios Públicos de Saúde. Considerando como ótimo o desempenho das unidades que atingiram metas em todas as quatro especialidades odontológicas, verificou-se que do ano de 2013 a 2015; 4 dos CEOS Regionais tiveram ótimos resultados. O bom desempenho atribuído ao cumprimento de três metas correspondeu a 3 unidades; e aos de regular atividade (duas metas atingidas), 4 CEOS. Consequentemente a classificação de ruim desempenho, 5 dos CEOS Regionais atingiram uma única meta (Gráfico 15).

Gráfico 15 - Desempenho dos CEOs Regionais gerenciados pelos Consórcios Públicos de Saúde



Reiterando os desempenhos de ótimo e bom no comportamento das unidades, constatou-se que 43,8% dos Centros de Especialidades vêm contemplando a ofertas de três das quatro especialidades assistenciais determinada na Política Nacional de Saúde Bucal. Embora que ainda 56,2% dessas unidades não tenham atingido metas satisfatória, os três anos de avaliação de produção dos serviços odontológicos demonstraram uma queda de 32,3% no desempenho classificado em regular e ruim.

Gráfico 16 – Agrupamento de desempenhos dos CEOs Regionais



## 5 DISCUSSÃO

Nesse estudo de avaliação dos centros de especialidades odontológicas regionais gerenciados pelos consórcios públicos de saúde, buscou nas perspectivas avaliativas dos serviços especializados constituir um instrumento de apoio às decisões necessárias à dinâmica da gestão dos serviços de saúde. Compreender que a avaliação faz parte do processo gerencial, e que esta por sua vez, é influenciada pelo contexto organizacional e político, tornou-se uma indispensável ferramenta de transformação (FIGUEIREDO; GÓES, 2012).

Embora a pesquisa tivesse um olhar mais criterioso no desempenho dos serviços odontológicos, valorizar o banco de dados permitiu ser capaz de gerar um conjunto de informações relacionadas à eficácia das ações executadas possibilitando, direcionar melhorias administrativas e assistenciais.

Principalmente o estado do Ceará que por ser vanguarda em experiência exitosas na área odontológica, estruturou sua política de saúde bucal antes mesmo do lançamento das diretrizes nacionais com investimentos em serviços públicos odontológicos. O protagonismo do estado se perpetuou na proposta inédita de que esses estabelecimentos de saúde especializados funcionassem sob a modalidade de consórcio público em saúde (VIEIRA, 2013).

A identificação e a localização dos Centros de Especialidades Odontológicas Regionais obedeceram ao critério das microrregiões de saúde estabelecidas pelo Plano Diretor de Regionalização do estado. As dezesseis unidades avaliadas nesse estudo fazem parte do Programa de Expansão e Melhoria da Atenção Especializada – PROEXMAES; enquanto que as demais unidades estaduais tiveram somente o modelo de gestão alterado.

Os valores e os tipos de repasses financeiros para custear essas unidades foram estabelecidos pelos contratos de rateio, elaborado pela Secretaria de Saúde do estado em que detém sob sua responsabilidade, a contrapartida financeira de 40% do valor de custeio, além dos projetos arquitetônicos e todos os equipamentos tecnológicos dessas unidades. Ressalta-se que independente da cobertura populacional e do número de municípios pertencentes a cada microrregião, os valores para manter essas 16 unidades são os mesmos.

A tabela de oferta de serviços especializados dos CEOs Regionais seguiram as portarias ministeriais que normatizaram a Política Nacional de Saúde Bucal. Embora todas as unidades regionais prestem serviços a seis especialidades odontológicas, a Portaria Ministerial N. 1464/11, norteadora para avaliação desses estabelecimentos; contemplou quatro especialidades com uma gama de procedimentos pré-definidos. Os resultados dessa avaliação,



além de agregar informações ao perfil desses serviços, propõem alternativas de modelos administrativos, como os consórcios públicos de saúde, nos serviços odontológicos.

A aplicação do índice de Cumprimento Global de Metas tornou a pesquisa objetiva e acessível às análises das variáveis de três anos de produção. O fato de a mesma ter sido aplicada em diversos trabalhos analíticos e avaliativos da atenção especializada em saúde bucal nos CEOs municipais distribuídos pelo Brasil, principalmente, no estado de Pernambuco; permitiu que a mesma não necessitasse de validação para ser aplicada no Ceará.

Tomando-se como parâmetro os três anos de produção da etapa do processo de avaliação de desempenhos das especialidades odontológicas desenvolvidas nos CEOs Regionais, conforme preconiza a portaria, pode-se considerar o ano de 2013, o de pior desempenho assistencial por essas unidades. Ocorrendo uma melhora significativa no ano de 2014 e ainda maior no ano de 2015.

Para este último ano, o melhor proveito entre as especialidades ofertadas, ficou por conta da periodontia com 75% dos Centros de Especialidades cumprindo essa meta; seguido pela especialidade de endodontia com 62,5%; em terceiro lugar com 43,7% os que cumpriram metas em cirurgia oral menor e por último, as ações assistenciais a pacientes com necessidades especiais com somente 37,5% dos estabelecimentos atingindo esse objetivo.

Guimarães (2010) ao estudar a atenção secundária da saúde bucal do Ceará no ano de 2008, analisou os CEOs de modelo de gestão única. 86,7% das unidades atingiram as metas de procedimentos básicos em pacientes com necessidades especiais, enquanto que menos da metade dos 45 CEOs (42,2%) não atingiram as metas mínimas nas especialidades de endodontia, periodontia e cirurgia oral menor.

Outro estudo realizado por Figueiredo e Góes (2009) ao avaliar os CEOs de Pernambuco, com utilização de dados secundários registrados no sistema de informação, verificou que 81,8% dos Centros de Especialidades cumpriram meta para o subgrupo de procedimentos básicos para pacientes com necessidades especiais, à medida que apenas 13,6% dessas unidades cumpriram a meta de cirurgia oral menor.

Ainda sobre dados de produtividade dos CEOs, uma oficina de capacitação para gestores realizada em Santa Catarina apresentou a análise feita pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal sobre a produção dessas unidades no ano de 2009. Os resultados apontaram que 82% das unidades não cumpriram metas em cirurgia oral menor, 71% não cumpriram em endodontia, 47% não atingiram meta em periodontia e 34% não cumpriram em pacientes com necessidades especiais (BRASIL, 2010c).

Embora não haja unanimidade na classificação de desempenho das especialidades, a cirurgia oral menor se mostrou o de pior comportamento para todos os casos. Fatores apontados para justificar a baixa produtividade e a baixa taxa de uso dos serviços nos CEOs foram pontuados por Chaves et al. (2011) que sinalizou desde problemas de gestão do serviço; destacando o desconhecimento por parte dos gestores sobre padrões e metas propostas pela PNSB; pacientes faltosos no dia de consulta; encaminhamentos incorretos; até mesmo a conflitos na integração entre a atenção básica e atenção especializada.

Acrescido a esses fatores; problemas de registro de informações, falhas de digitação, cadastro incorreto do estabelecimento de saúde, discordância de dados do município e do Ministério da Saúde e dificuldades financeiras foram citadas pela Coordenação de Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2010c).

Por conseguinte, utilizando-se ainda o índice de cumprimento global na variável de desempenho das unidades, os CEOs Regionais tiveram melhor resultado no ano de 2015; o processo de monitoramento e avaliação, ainda que não tenham trazido resultados de sucesso, demonstram valores crescentes que retratam um quadro satisfatório para melhorias e avanços; pois 43,8% dessas unidades foram consideradas com bom ou ótimo desempenho, enquanto perseguem-se por diminuir os 56,2% de desempenho regular e ruim.

Embora não tenha a experiência de outras unidades odontológicas gerenciadas pelo modelo de consórcio, é de grande relevância trazer o cenário de um estudo analítico de Cortellazzi et al. (2006), sobre todos os CEOs implantados no Brasil de 2004 a 2009, onde 774 unidades distribuídas por 704 municípios de todas as regiões brasileiras tiveram sua produção analisada. Verificou-se que no que se refere ao cumprimento das metas, 69,25% (536) CEOs apresentaram um desempenho considerado ruim/regular e 30,75% (238) tiveram desempenho bom/ótimo.

Outro estudo, porém do tipo avaliativo realizado por Figueiredo (2008) aplicado a todos os CEOs do Nordeste no ano de 2006 resultou que de todas as unidades implantadas nessa região, apenas 26% obtiveram seus desempenhos considerados como bom e ótimo.

Ainda nesse mesmo ano, uma pesquisa realizada nos CEOs de Pernambuco teve um desempenho considerado bom de 40,9% (FIGUEIREDO; GOÉS, 2009). Em 2008, no Ceará, 37% dos estabelecimentos odontológicos da atenção especializada foram considerados bom ou ótimo, enquanto que 65% foram classificados como ruim ou regular (GUIMARÃES, 2010).

No ano de 2010, utilizando-se do mesmo contexto metodológico de avaliação, somente 01 (um) CEO de Santa Catarina obteve seu desempenho considerado ótimo e 04

(quatro) considerados bons; 03 (três) unidades tiveram todas as produções zeradas e 21 CEOs com alguma especialidade de produção completamente nula (BRASIL, 2010c).

Apesar dos consórcios públicos de saúde serem instrumentos de planejamento para organizar o fluxo dos pacientes que buscam de assistência odontológica pública, racionalizando os recursos físicos, materiais e humanos, fortalecendo e otimizando a utilização da rede de saúde bucal; estes por si só não garantiram o acesso dos cidadãos a esses serviços; tendo em vista, que estes dependiam da atuação de referências municipais estabelecidas por meio da pactuações entre os municípios e o Estado, e o modo em que essas relações intergovernamentais nas microrregiões foram articuladas. Essa situação foi evidenciada no engessamento de valores e serviços oferecidos pelos CEOs Regionais sem levar em consideração as peculiaridades de cada região.

Mesmo que ainda os desempenhos dessas unidades consorciadas, não estejam na sua maioria classificados como bom e ótimo, esses, tiveram melhores resultados quando contextualizado com panorama de desempenho das unidades odontológicas de gestão única. O resultado desse modelo tá no último ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), onde utilizando outros parâmetros de avaliação, classificou o Ceará com o estado de maior número de CEOs certificados com “desempenho muito acima da média” pelo do Ministério da Saúde. Em todo o país somente 15 CEOs conquistaram a melhor avaliação de desempenho, seis deles são os CEOs Regionais com essa pontuação máxima. E outros seis CEOs também regionais de modelo consorciado foram certificados com “desempenho acima da média”. A certificação foi publicada no Diário Oficial da União<sup>20</sup>, seção 1 do dia 5 de junho, 2015 (BRASIL, 2015).

---

<sup>20</sup> Publicação no Diário Oficial da União disponível no site: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/93284089/dou-secao-1-05-06-2015-pg-50>. Acesso em 02 de março de 2016.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu identificar uma forte expansão da atenção especializada em saúde bucal no estado do Ceará desde a formulação da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, até a implementação do Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde do Estado – PROEXMAES. Essa evidência torna-se mais incisiva por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas: regionais e municipais, que inseridos na Política Nacional de Saúde Bucal são administrados por modelos de gestão distintos, sendo o primeiro pelos consórcios públicos de saúde e os demais por uma administração única.

Os Centros de Especialidades Odontológicas Regionais avaliados nos anos de 2013, 2014 e 2015 tiveram um crescimento expressivo no decorrer desse período com seu melhor rendimento no ano de 2015. O resultado dessa avaliação de desempenho, ainda que não tenham trazido resultados satisfatórios, demonstraram dados crescentes que retratam um quadro progressivo de avanço; pois do ano de 2013 para 2015, seu desempenho considerado como bom ou ótimo cresceu de 12,5% para 43,8% enquanto, a classificação de regular e ruim caiu de 87,5% para 56,2% no mesmo intervalo de tempo.

Novas pesquisas devem ser realizadas para analisar a produção/desempenho dos CEOs Regionais com outras variáveis, inclusive a continuidade do processo avaliativo para os anos subsequentes. É de extrema relevância que se apropriem de mecanismos de coordenação entre a gestão e os serviços de monitoramento e informação da saúde no subsidio de tomada de decisão.

Em síntese, pode-se afirmar que os CEOs Regionais gerenciados pelos consórcios públicos de saúde são estratégias extremamente positivas na busca da ampliação e qualificação da atenção secundária em saúde bucal, e que representam um avanço na reorganização das práticas odontológicas e administrativas. No entanto, persistem desafios a serem enfrentados para assegurar e consolidar a saúde bucal como direito de cidadania no Ceará. Um desses desafios é fortalecer a institucionalidade da política pública de saúde bucal nas várias dimensões exploradas, visando evitar que, em contextos adversos, esses equipamentos de saúde permaneçam subutilizados.

## REFERÊNCIAS

- AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**, Petrópolis: Vozes, 1995.
- ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, v.18, n. 2, p. 17-26, 2004.
- ALA-HARJA, M.; HELGASON, S. Em direção às melhores práticas de avaliação. **Revista do Serviço Público**, ano 51, n. 4, p. 5-59, out./dez. 2000.
- ANDRADE, M. L. C.; MACHADO, J. A. Cooperação intergovernamental, consórcios públicos e sistemas de distribuição de custos e benefícios. **Revista da Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n.3, maio/jun. 2014.
- BACHRACH, P.; BARATZ, M. S. The Two Faces of Power. **American Political Science Review**, v. 56, n. 4, p. 947-952, dez. 1962.
- BARTOLE, M. S. **Da boca cheia de dentes ao Brasil Sorridente**: uma análise retórica da formulação da Política Nacional de Saúde Bucal, 2006. 129 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, 2006.
- BATISTA, S. **As possibilidades de implementação do consórcio público**. – Brasília, DF: Caixa Econômica Federal, 2011. (Guia de Consórcios Públicos; v.3).
- BESLEY, T.; CASE, A. Political Institutions and Policy Choice: evidence from the United States. **Journal of Economic Literature**, v.41, p.7-73, 2003.
- BIERIG, J. R. Legal considerations for periodontists in dealing with managed care organizations. **J. Periodontol.**, v.69, n. 2, p. 254-60, 1998.
- BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545\\_20\\_05\\_1993.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html)>. Acesso em: 02 mar. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 1994.
- BRASIL. **Emenda Constitucional Nº 19 de 04 de junho de 1998**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm)>. Acesso em: 13 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.444 de 28 de dezembro de 2000**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestadas nos municípios por meio do programa de saúde da família. Brasília, 2000. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1474](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1474)>. Acesso em: 21 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria n.267 de 6 de março de 2001**. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia saúde da família. Brasília, 2001. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1474](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1474)>. Acesso em: 13 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002 – 2003: resultados principais. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde bucal**. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Orientações para implantação de equipes de saúde bucal no programa saúde da família**. Brasília, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.571 de 29 de julho de 2004. Estabelece o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. Brasília, 2004d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003- Resultados Principais**. Brasília, 2004e.

BRASIL. **Lei 11.107, de 6 de abril de 2005**. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11107.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11107.htm)>. Acesso em: 15 set. 2015.

BRASIL. Decreto nº 6.017 de 17 de janeiro de 2007. Regulamenta a Lei no 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 18 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto 7.508/11 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 2006. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria\\_648\\_28\\_03\\_2006.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf)>. Acesso em: 12 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2008a. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf)>. Acesso em: 29 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informação para a Saúde/RIPSA. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/aspectos.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.372 de 7 de outubro de 2009**. Cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2372\\_07\\_10\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2372_07_10_2009.html)>. Acesso em: 12 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 718/SAS/de 31 de dezembro de 2010**. Institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS), 2010b. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria718\\_20\\_12\\_10.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria718_20_12_10.pdf)>. Acesso em: 23 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Monitoramentos dos CEOs de Santa Catarina. **Oficina de Capacitação para Gestores dos CEOs de Santa Catarina**. Florianópolis, Out. 2010c. 22 slides:coloridos, software PowerPoint.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010**. Relatório Final. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.464, de 24 de junho de 2011**. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1464\\_24\\_06\\_11.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1464_24_06_11.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 978, de 16 de maio de 2012**. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde Bucal instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <<http://atenaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114724-20150331105400portaria-n-978-de-16-de-maio-de-2012.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2015.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde; 2012a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)>. Acesso em: 12 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.825 de 24 de agosto de 2012**. Define altera os valores dos procedimentos de próteses dentárias na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS) realizados pelos LRPD, e os valores de referência, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores : 2013 – 2015**. Brasília, 2013. Série Articulação Interfederativa. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_diretrizes\\_objetivos\\_2013\\_2015.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_diretrizes_objetivos_2013_2015.pdf)>. Acesso em: 17 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 677, de 3 de junho de 2015**. Homologa a certificação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO).

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Manual de Orientação – Consórcios Públicos em Saúde no Ceará – Estratégia para o fortalecimento da regionalização da saúde**. Ceará, 2009.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Diretrizes da Política Estadual de Saúde Bucal 2007 – 2010**. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/politicas-de-saude/organizacao-de-servicos/atencao-especializada/44756-saude-bucal>>. Acesso em: 09 fev. 2016.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização das Ações e Serviços da Saúde – PDR**. 2014a. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads/category/99-plano-diretor-de-regionalizacao-pdr-2014>>. Acesso em: 12 dez. 2015.

CEARÁ. **Secretaria Estadual de Saúde**. Lança novo projeto de gestão da regulação assistencial. 2014b. Disponível em: <<http://ceara.gov.br/sala-de-imprensa/noticias/9820-sesa-lanca-novo-projeto-de-gestao-da-regulacao-assistencial>>. Acesso em: 05 fev. 2016.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. **Encontro de Coordenadores de saúde bucal**. Notícia divulgada em 19 de fevereiro de 2016. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/noticias/47371-divulgadas-inscricoes-deferidas-do-encontro-de-saude-bucal>>. Acesso em: 28 fev. 2016.

CEASER, J. W. **Liberal Democracy & Political Science**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, p. 5, 1992. Disponível em: <<http://www.colegioweb.com.br/historia/conceitos-da-democracia-liberal.html#ixzz3o7tFnKPQ>>. Acesso em: 09 out. 2015.

CHAVES, S. C. L. et al. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.1, p.143-154, 2011.

COHEN, M. D.; MARCH, J. G.; OLSEN, J. P. A. Garbage Can Model of Organizational Choice. **Administrative Science Quarterly**, v. 17, n.1, p. 1-25, mar. 1972.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1417-23, 2004.



CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE(Brasil). **Resolução nº 333**, de 04 de novembro de 2003. Disponível em:  
<[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2005/resolucao333.htm](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/resolucao333.htm)>. Acesso em: 12 dez. 2015.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência Saúde Coletiva**, v.11, n. 3, p.705-11, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 29-47.

CONTARATO, P. C. **Política nacional e contexto local: uma análise da implementação da política de saúde bucal no Município de Vitória, do Espírito Santo**, 2011.

CORTELLAZZI, K. L. et al. Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 17, n. 4, p. 978-988, out./dez. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v17n4/pt\\_1415-790X-rbepid-17-04-00978.pdf](http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v17n4/pt_1415-790X-rbepid-17-04-00978.pdf)>. Acesso em: 12 nov. 2015.

COSTA, R. D. **Avaliação de políticas públicas: uma avaliação da percepção do Projeto de Irrigação de Ponto Novo-BA**. Dissertação (Mestrado em Administração) - Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

COSTA, F. L.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública- Rap**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 969-92, set./out. 2003. Disponível em: <[http://www.senac.br/media/66308/avalia\\_o\\_de\\_programas\\_p\\_blicos.pdf](http://www.senac.br/media/66308/avalia_o_de_programas_p_blicos.pdf)>. Acesso em: 17 out. 2015.

DAFT, R. L. **Organization Theory and Design**. Estados Unidos: South-Western Cengage Learning, 2010.

DONABEDIAN, A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. **Qual Rev Bull**, v.12, p. 99-108, 1988.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**, v.114, p.1115-1118, 1990.

DRUCKMAN, J. N. On the Limitsof Framing Effets: Who Can Frame? **Jornal of Politics**, v. 63, n. 4, p.1041-66, 2001.

DYE, T. D. **Understanding public policy**. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1972.

EASTON, D. **The political system**. New York: Knopf, 1953.

EASTON, D. **A framework for political analysis**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1965.

EASTON, D. **Modalidades de análise política**. Rio de Janeiro: Zahar, 1970.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: Giovanella, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 333 - 384.

EVANS, P. **State as problem and solution**: predation, embedded autonomy, and structural change. 1992.

FELISBERTO, E. Da teoria á formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 553-63, 2006.

FELSTINER, W. L.; ABEL, R. L.; SARAT, A. The Emergence and Transformations of disputes:Naming, Blaming, Claiming. **Law and Society Review**, v.15, n. 3 e 4, p. 632-54, 1980-1.

FIGUEIREDO, M. F.; FIGUEIREDO, A. M. C. **Avaliação política e avaliação de políticas**: um quadro de referência teórica. São Paulo, 1986. Mimeo. Textos IDESP, n.15. Disponível em: <<http://www.josenorberto.com.br/AC-2007-38.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2015.

FIGUEIREDO, N. **Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)**: um estudo linha de base para a avaliação e monitoramento dos serviços para o Brasil. Tese (Doutorado). Recife, 2008.

FIGUEIREDO, N.; GÓES, P. S. A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 259-267, fev. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000200004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000200004)>. Acesso em: 21 dez. 2015.

FIGUEIREDO, N.; GÓES, P. S. A. Conceito, teorias e métodos as avaliação em saúde. In: GOES; P. S. A.; MOYSÉS, S. J. (Org.). **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2012. Cap. 13; p.157-164.

GUIMARÃES, M. **Cuidados Secundários em saúde bucal**: Centro de Especialidades Odontológicas no Ceará, Brasil, 2010. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010.

GOES, P. S. A.; MOYSÉS, S. J. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2012.

GUERRA, A. L. **O uso de indicadores aplicados ao planejamento de políticas públicas em municípios abaixo de 50 mil habitantes**. São Paulo: EAESP-FGV, 2012.

HARTZ, Z. M. A. **Avanços e desafios atuais da avaliação em saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2002. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/avasau.html>>. Acesso em: 06 março 2016.

HOGWOOD, B.W; GUNN, L. A. **Policy analysis for the real world**. Oxford: Oxford University Press, 1984. p.196-218.

HOWLETT, M. Do networks matter? linking policy network structure to policy outcomes: Evidence from four Canadian policy sectors, 1990-2000. **Canadian Journal of Political Science**, 2005. Disponível em: <<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=275384&fileId=S0008423902778232>>. Acesso em: 12 out. 2015.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. **Política pública: seus ciclos e subsistemas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Relatórios de mapas e informações básicas dos municípios do Ceará**. 2016. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=23&search=ceara>>. Acesso em: 02 fev. 2016.

JANNUZZI, P. M. Indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 51-72, jan./fev. 2002. Disponível em: <<http://www.cedeps.com.br/wp-content/uploads/2011/02/INDICADORES-SOCIAIS-JANUZZI.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015.

JENKINS, W. I. **Policy analysis: a political and organizational perspective**. Londres: M. Robertson, 1978.

KINGDON, J. **Agendas, alternatives and public choices**. Boston: Little Brown, 1984.

LASWELL, H. D. **Politics: who gets what, when, how**. Cleveland: Meridian Books, 1936.

LASSWELL, H. D. The Policy Orientation. In: LERNER, Daniel; LASSWELL, Harold D. (Eds.). **The Policy Sciences: recent developments in scope and method**. Stanford: Stanford University Press, 1951.

LIMA, H. S. C. Por uma política de saúde bucal. **Revista. Esp. Acad.**, 2004.

LINDBLOM, C. E. The Science of 'Muddling Through'. **Public Administration Review**, v. 19, n. 2, p. 79-88, 1959.

LINDBLOM, C. E. **Política e mercados: os sistemas políticos e econômicos do mundo**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

LOWI, T. J. Four Systems of Policy, Politics, and Choice. **Public Administration Review**, v. 32, n. 4, p. 298-310, jul./ago. 1972.

MACHADO, G. G.; DANTAS, C. B. Constituição de consórcios públicos e implicações da Lei no 11.107/2005 nas associações intermunicipais anteriores. In: PIRES, M. C. S.; BARBOSA, M. E. B. **Consórcios públicos: instrumento do federalismo cooperativo**. Belo Horizonte: Fórum, 2008. p. 165-192.

MANFREDINI, M. A. Saúde bucal no Brasil em 2008 e nos 20 anos de SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Análise de Situação

em Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde no Brasil**. Brasília, 2009. p. 155-174. Disponível em: <[www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs)>. Acesso em: 8 dez. 2015.

MARCH, J. G; OLSEN, J. P. **The Institutional Dynamics of Internacional Political Orders**. v. 52, p. 943-69, 1998.

MCCOOL, D. The Subsystem Family of Concepts| a critique and a Prosposal. **Political Research Quarterly**, v.51, n. 2, p. 551-70, 1998.

MOYSÉS S. J. **Saúde Bucal**. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.705 – 734.

MYNAIO, M. C. M. Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, J. F. (Orgs.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 136-90.

NARVAI, P. C. Saúde Bucal Coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p.141-147, 2006.

NARVAI, P. C. **Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

NICKEL, D. A.; LIMA, F. G; SILVA, B. B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 241-246, 2008.

NOGUEIRA, M. F. N; SANTANA, W. W. M.; SILVA, L. A. C. **Consórcios públicos de saúde no Ceará: da implantação à gestão**. Fortaleza, 2014.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.435 – 472.

O'DONNELL, Guillermo. Reflexões comparativas sobre políticas públicas e consolidação democrática. In: MOURA, Alexandrina Sobreira. **O Estado e as políticas públicas na transição democrática**. Recife: Ed. Massangana, 1989. p. 390-391.

PENNA, F. T. **Avaliação em rede (internet)**. Disponível em: <<https://www.rets.org.br>>. Acesso em: 18 out. 2015.

PINHEIRO, R.; FERLA, A. A; SILVA, A. G. Integralidade na atenção à saúde da população. In: Marins, J. J et al. (Orgs.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004. p.269-284.

PINHO, C. T. A. O Desafio da informação para formulação, monitoramento e avaliação de políticas públicas. In: SEMANA DE ADMINISTRAÇÃO ORÇAMENTÁRIA, FINANCEIRA E DE CONTRATAÇÕES PÚBLICAS, 8., 2011, Brasília, DF. **Oficina 12...** Brasília, DF: ESAF, mar. 2011.

PRESSMAN, J. L; WILDAVSKY, A. B. **Implementation**: how great expectations in Washington are dashed in Oakland: or, why it's amazing that Federal programs work at all, this being a saga of the Economic Development Administration as told by two sympathetic observers who seek to build morals on a foundation of ruined hopes. Berkeley, Los Angeles: University of California Press, 1973.

RIVERA, F. J. U. Planejamento estratégico-situacional ou controle de qualidade total em saúde? Um contraponto teórico-metodológico. **Cad Fundap**, v.19, p.25-46, 1996.

RUA, M. G.; ROMANINI, R. **Para aprender políticas públicas**. Brasília: Instituto de Gestão, Economia e Políticas Públicas (IGEPP), 2013. E-book: Texto de Apoio ao Curso Online de Políticas Públicas da prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria das Graças Rua. Brasília, 2013.

SABATIER, P.; JENKINS-SMITH, H. C. (Eds.). **Policy Change and Learning**: an advocacy coalition approach. Boulder, CO: Westview, 1993.

SANTIAGO, M. F.(Org.). **Desjudicialização do debate sobre efetividade dos direitos sociais**. Brasília, DF: IDP, 2014. v. 2

SARAVIA, E. Introdução à teoria da política pública. In: SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (Orgs.). **Políticas públicas**: coletânea. Brasília: ENAP, 2006. v. 1, p. 21-42.

SAÚDE. **Sala de Apoio a Gestão Estratégica**: sala de situação. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/>>. Acesso em: 03 mar. 2016.

SECCHI, L. **Políticas Públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SERRA, C. G. **A saúde bucal como política de saúde. Análise de três experiências recentes**: Niterói, Campinas e Curitiba. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 1998.

SIMON, H. A. **Administrative Behavior**: a study of decision-making processes in administrative organization. New York: Macmillan, 1947.

SMITH, T. B. Advisory Committees in the Public Policy Process. **International Review of Administrative Sciences**, v.43, n.2, p.153-66, 1977.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

SOUZA, C. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. FioCruz, 2007.

STEINBERG, M.W. Tilting the Frame: Considerations on Collective Action Framing from a Discursive Turn. **Theory and Society**, v. 27, n.6, p. 845-72, 1998.

STREECK, W. As crises do capitalismo democrático. **Novos Estudos: CEBRAP**, v. 92, p. 35-56, março 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-33002012000100004>>. Acesso em: 06 out. 2015.

TENDLER, J. **Bom governo nos trópicos**: uma visão crítica. Rio de Janeiro: Revan, Brasília, DF: ENAP, 1998.

UIPES. ORLA. **Sub-Região Brasil**. conceitos-chave: promoção da saúde. 2002. Disponível em: <[https://www.ufpe.br/nusp/images/projetos/Avaliacao\\_participativa/Efetividade-conceito.pdf](https://www.ufpe.br/nusp/images/projetos/Avaliacao_participativa/Efetividade-conceito.pdf)>. Acesso em: 05 jan. 2016.

VIEIRA, L. B. **Política Nacional e Contexto Local**: a atenção à saúde bucal em municípios do Estado do Ceará. 228 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fiocruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <[bvssp.iciet.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3764](http://bvssp.iciet.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3764)>. Acesso em: 05 mar. 2016.

WEISS, C. H. **Evaluation**: methods for studying programs and policies. New Jersey: Prentice Hall, 1988. Reedição da versão de 1972.

ZANETTI, C. H. G. Em busca de um paradigma na programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. **Divulgação Saúde em Debate**, v. 13, p. 18-35, 1996.

# **APÊNDICE A - LISTA DE PROCEDIMENTOS CONFORME PORTARIA N.1464/11**

| ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS         | Nº. DE PROCEDIMENTOS/ MÊS | PROCEDIMENTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS | 190                       | 0101020058 - Aplicação de cariostático;<br>0101020066 - Aplicação de selante;<br>0101020074 - Aplicação tópica de flúor;<br>0101020082 - Evidenciação de placa;<br>0101020090 - Selamento provisório;<br>0307010015 - Capeamento pulpar;<br>0307010023 - Restauração de dente decíduo;<br>0307010031 - Restauração dent. per. anterior;<br>0307010040 - Restauração dent. per. posterior;<br>0307020070 - Pulpotomia dentária;<br>0307030016 - Raspagem supragengivais;<br>0307030024 - Raspagem subgengivais;<br>0414020120 - Exodontia de dente decíduo;<br>0414020138 - Exodontia de dente permanente;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| PERIODONTIA                          | 150                       | 0307030032 - Raspagem corono-radicular;<br>0414020081 - Enxerto gengival;<br>0414020154 - Gengivectomia;<br>0414020162 - Gengivoplastia;<br>0414020375 - Tratamento cirúrgico periodontal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| ENDODONTIA                           | 95                        | 0307020037 - Obturação de dente decíduo;<br>0307020045 - Obturação dente birradicular;<br>0307020053 - Obturação dente trirradicular;<br>0307020061 - Obturação dente unirradicular;<br>0307020088 - Retratamento dente biradicular;<br>0307020096 - Retratamento dente trirradicular;<br>0307020100 - Retratamento dente unirradicular;<br>0307020118 - Selamento perfuração radicular.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| CIRURGIA ORAL MENOR                  | 170                       | 0201010232 - Biópsia de glândula salivar;<br>0201010348 - Biópsia do crânio e da face;<br>0201010526 - Biópsia tecidos moles da boca;<br>0307010058 - Tratamen. de nevralgias faciais;<br>0404020445 - Contenç. dentes por splintagem;<br>0404020488 - Osteot. fratu. alveolodentárias;<br>0404020577 - Redução de fratu. alve.-dent. sem osteossíntese;<br>0404020615 - Redu. de luxa. Têmporomand.;<br>0404020623 - Retir. de síntese óssea/ dentária;<br>0404020674 - Reconstr. Parc. lábio traumatiz.;<br>0414010345 - Excisão de cálc. de glând. salivar;<br>0414010361 - Exerese de cisto odontogênico e não odontogênico;<br>0414010388 - Trata. cirúr. de fist. intra/ extra-oral;<br>0401010082 - Frenectomia;<br>0404010512 - Sinusotomia transmaxilar;<br>0404020038 - Corr. cirú. de fístula oronasal/ oro-sinusal;<br>0404020054 - Drena. de abscess. da boca e ane.;<br>0404020089 - Excisão de rânula ou retenção salivar;<br>0404020097 - Excis. e sutura de lesão na boca;<br>0404020100 - Excisão em cunha do lábio;<br>0404020313 - Reti. corpo estranho dos ossos da face;<br>0404020631 - Retirada de meios de fixação maxilo-mandibular;<br>0414010256 - Tratamento cirúrgico de fístula oro-sinusal / oro-nasal;<br>0414020022 - Apicectomia c/ ou s/ obturação retrograda;<br>0414020030 - Aprofundamento de vestibulo oral (por sextante);<br>0414020049 - Correção de bridas musculares;<br>0414020057 - Correção de irregularidades de rebordo alveolar;<br>0414020065 - Correção de tuberosidade do maxilar; |

|  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | <p>0414020073 - Curetagem periapical;<br/>0414020090 - Enxerto ósseo de área doadora intrabucal;<br/>0414020146 - Exodontia múltipla c/ alveoloplastia por sextante;<br/>0414020170 - Glossorrafia;<br/>0414020200 - Marsupialização de cistos e pseudo cistos;<br/>0414020219 - Odontosecção / radilectomia / tunelização;<br/>0414020243 - Reimplante e transplante dental (por elemento);<br/>0414020278 - Remoção de dente retido (incluso / impactado);<br/>0414020294 - Remoção de tórus e exostoses;<br/>0414020359 - Tratamento cirúrgico de hemorragia buco-dental;<br/>0414020367 – Tratam. cirúr. p/ traciona. dental;<br/>0414020383 - Tratamento de alveolite;<br/>0414020405 - Ulotomia/ulectomia.</p> |
|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## APÊNDICE B - PRODUÇÃO MÍNIMA MENSAL PARA OS CEOS REGIONAIS

| MATRIZ DE INDICADORES DO CEO-R (TIPO III)                                           |                                                                                                                                                             |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DENOMINAÇÃO                                                                         | CONCEITO                                                                                                                                                    | FONTE                                                                                                                 | MÉTODO DE CÁLCULO                                                                                                                                                                                                                                       |
| Procedimentos básicos realizados em Pessoas com Necessidades Especiais no mês       | Número de procedimentos básicos realizados em pessoas com necessidades especiais                                                                            | Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)<br><br>Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado – BPA-I | Total de procedimentos básicos realizados em pessoas com necessidades especiais no mês.<br><br>Conforme a Portaria nº 1.464/GM/MS, de 24/06/2011.                                                                                                       |
| Procedimentos restauradores realizados em Pessoas com Necessidades Especiais no mês | Número de procedimentos restauradores realizados em pessoas com necessidades especiais em relação ao total de pessoas com necessidades especiais atendidas. | Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)<br><br>Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado – BPA-I | Total de procedimentos restauradores realizados em pessoas com necessidades especiais no mês.<br><br>Dos procedimentos básicos realizados, o mínimo, de 50% deverão ser restauradores.<br><br>Conforme a Portaria nº 1.464/GM/MS, de 24/06/2011.        |
| Procedimentos de Periodontia no mês                                                 | Número de procedimentos realizados de Periodontia especializada.                                                                                            | Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)<br><br>Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado – BPA-C     | Total de procedimentos de periodontia no mês.<br><br>Conforme a Portaria nº 1.464/GM/MS, de 24/06/2011.                                                                                                                                                 |
| Procedimentos de Endodontia no mês                                                  | Número de tratamentos Endodônticos realizados.                                                                                                              | Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)<br><br>Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado – BPA-C     | Total de procedimentos de endodontia no mês.<br><br>Conforme a Portaria nº 1.464/GM/MS, de 24/06/2011.                                                                                                                                                  |
| Procedimentos de Endodontia em dentes permanentes com 3 ou mais raízes no mês       | Número de procedimentos de endodontia em dentes permanentes com 3 ou mais raízes realizados.                                                                | Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado – BPA-I            | Total de procedimentos de endodontia em dentes permanentes com 3 ou mais raízes no mês.<br><br>Dos procedimentos endodônticos realizados, no mínimo, 20% destes deverão ser desse subconjunto.<br><br>Conforme a Portaria nº 1.464/GM/MS, de 24/06/2011 |
| Procedimentos de Cirurgia Oral no mês                                               | Número de procedimentos de cirurgia oral realizados.                                                                                                        | Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado – BPA-C            | Total de procedimentos de cirurgia oral no mês.<br><br>Conforme a Portaria nº 1.464/GM/MS, de 24/06/2011                                                                                                                                                |

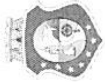
**Fonte:** Portaria Nº 1.464, de 24 de junho de 2011.



# APÊNDICE D - BANCO DE DADOS PARA ANÁLISE ESTATÍSTICA ANO 2015

| CEO REGIONAL     | PROCEDIMENTOS BÁSICOS EM PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS | PROCEDIMENTOS RESTAURADORES EM PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS | PERIODONTIA | ENDODONTIA | ENDODONTIA EM PACIENTES PERMANENTES TUBERCULARES | CRURGIA ORAL IMPLANTOS | PROCEDIMENTOS BÁSICOS EM PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS | PROCEDIMENTOS RESTAURADORES EM PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS | PERIODONTIA | ENDODONTIA | ENDODONTIA EM PACIENTES PERMANENTES TUBERCULARES | CONDIÇÃO CLÍNICA | ÍNDICE CGI | DESEMPENHO CGI |
|------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------|------------|--------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------|------------|--------------------------------------------------|------------------|------------|----------------|
| CEARACAUÍ        | 457                                                           | 133                                                                 | 300         | 138        | 60                                               | 192                    | 24                                                            | 14                                                                  | 13          | 14         | 31                                               | 11               | 6          | 1              |
| CEARABITURITÉ    | 430                                                           | 110                                                                 | 387         | 121        | 42                                               | 317                    | 23                                                            | 11                                                                  | 26          | 12         | 22                                               | 18               | 6          | 1              |
| CEARABREJO SANTO | 590                                                           | 117                                                                 | 177         | 113        | 49                                               | 222                    | 30                                                            | 12                                                                  | 11          | 11         | 25                                               | 13               | 6          | 1              |
| CEARACARDIM      | 255                                                           | 80                                                                  | 113         | 54         | 27                                               | 144                    | 13                                                            | 0,6                                                                 | 0,7         | 0,6        | 0,8                                              | 0,8              | 1          | 4              |
| CEARACANIMÉ      | 564                                                           | 126                                                                 | 105         | 71         | 22                                               | 128                    | 29                                                            | 13                                                                  | 0,7         | 0,7        | 11                                               | 0,7              | 3          | 4              |
| CEARACASOVEL     | 346                                                           | 74                                                                  | 129         | 113        | 50                                               | 198                    | 18                                                            | 0,7                                                                 | 1,5         | 1,2        | 25                                               | 11               | 5          | 2              |
| CEARACAUÇAIA     | 428                                                           | 64                                                                  | 88          | 83         | 35                                               | 103                    | 22                                                            | 0,6                                                                 | 0,5         | 0,8        | 1,8                                              | 0,6              | 2          | 4              |
| CEARACATUBAS     | 279                                                           | 48                                                                  | 158         | 44         | 15                                               | 207                    | 14                                                            | 0,5                                                                 | 1,0         | 0,4        | 0,8                                              | 1,2              | 3          | 3              |
| CEARACÓ          | 11                                                            | 7                                                                   | 138         | 37         | 15                                               | 49                     | 0                                                             | 0                                                                   | 1,0         | 0,3        | 0,8                                              | 0,2              | 1          | 4              |
| CEARATAPPOCA     | 640                                                           | 150                                                                 | 665         | 139        | 57                                               | 79                     | 33                                                            | 1,6                                                                 | 4,0         | 1,4        | 30                                               | 0,4              | 5          | 2              |
| CEARAJ. NORTE    | 403                                                           | 28                                                                  | 441         | 107        | 24                                               | 106                    | 21                                                            | 0,8                                                                 | 2,9         | 1,1        | 12                                               | 0,6              | 4          | 3              |
| CEARAJ. NORTE    | 638                                                           | 46                                                                  | 211         | 148        | 61                                               | 175                    | 34                                                            | 0,4                                                                 | 1,4         | 1,5        | 32                                               | 1,0              | 5          | 2              |
| CEARATACACAUÍ    | 367                                                           | 69                                                                  | 216         | 89         | 40                                               | 115                    | 21                                                            | 0,7                                                                 | 1,5         | 1,0        | 23                                               | 0,7              | 4          | 3              |
| CEARATERRA NOVA  | 286                                                           | 39                                                                  | 115         | 41         | 15                                               | 105                    | 0,9                                                           | 0,4                                                                 | 0,7         | 0,4        | 0,7                                              | 0,6              | 0          | 4              |
| CEARABUSSUS      | 837                                                           | 80                                                                  | 220         | 130        | 63                                               | 117                    | 4,4                                                           | 0,8                                                                 | 1,4         | 1,5        | 33                                               | 0,6              | 4          | 3              |
| CEARABUABA       | 761                                                           | 115                                                                 | 326         | 155        | 67                                               | 252                    | 4,0                                                           | 1,2                                                                 | 2,1         | 1,6        | 35                                               | 1,4              | 6          | 1              |

## ANEXO A – MODELO DE TABELA DE CUSTO



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ - SESA  
SUPERINTENDÊNCIA DE APOIO A GESTÃO DA REDE DE UNIDADES DE SAÚDE - SRU  
REPASSE FINANCEIRO CEO-R 21º CRES - JUAZEIRO DO NORTE

**Fontes:** Secretaria da Fazenda do Estado do Ceará - SEFAZ  
IBGE – Resolução Nº 06 – 1º de julho de 2011

| MUNICÍPIO         | POPULAÇÃO      |                | 37,85% do custeio da CEO-R                     |                                   | ICMS (jan - dez 2012)    |                         | VALOR DO RATEIO (até 7,5% do ICMS)             |                                         | CUSTO REAL A SER PAGO PELOS MUNICÍPIOS (MENSAL) |
|-------------------|----------------|----------------|------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------|
|                   | TOTAL          | % POPULAÇÃO    | Custo Médio Mensal a ser pago pelos municípios | ANUAL a ser pago pelos municípios | TOTAL do ICMS            | MÉDIA Mensal do ICMS    | Custo Médio Mensal a ser pago pelos Municípios | Custo ANUAL a ser pago pelos Municípios |                                                 |
| Barbalha          | 55.959         | 13,96%         | R\$ 11.994,56                                  | R\$ 143.934,69                    | R\$ 7.765.663,95         | R\$ 647.138,66          | R\$ 48.535,40                                  | R\$ 582.424,80                          | R\$ 11.994,56                                   |
| Caririçu          | 26.432         | 6,59%          | R\$ 5.665,58                                   | R\$ 67.986,95                     | R\$ 2.174.178,08         | R\$ 181.181,51          | R\$ 13.588,61                                  | R\$ 163.063,36                          | R\$ 5.665,58                                    |
| Granjeiro         | 4.589          | 1,14%          | R\$ 983,63                                     | R\$ 11.803,58                     | R\$ 1.889.835,34         | R\$ 157.486,28          | R\$ 11.811,47                                  | R\$ 141.737,65                          | R\$ 983,63                                      |
| Jardim            | 26.709         | 6,66%          | R\$ 5.724,95                                   | R\$ 68.699,43                     | R\$ 1.980.589,89         | R\$ 165.049,16          | R\$ 12.378,69                                  | R\$ 148.544,24                          | R\$ 5.724,95                                    |
| Juazeiro do Norte | 252.841        | 63,06%         | R\$ 54.195,32                                  | R\$ 650.343,84                    | R\$ 24.762.859,95        | R\$ 2.063.571,66        | R\$ 154.767,87                                 | R\$ 1.857.214,50                        | R\$ 54.195,32                                   |
| Missão Velha      | 34.404         | 8,58%          | R\$ 7.374,34                                   | R\$ 88.492,09                     | R\$ 2.392.594,30         | R\$ 199.382,86          | R\$ 14.953,71                                  | R\$ 179.444,57                          | R\$ 7.374,34                                    |
| <b>TOTAL</b>      | <b>400.934</b> | <b>100,00%</b> | <b>R\$ 85.938,38</b>                           | <b>R\$ 1.031.260,58</b>           | <b>R\$ 40.965.721,51</b> | <b>R\$ 3.413.810,13</b> | <b>R\$ 256.035,76</b>                          | <b>R\$ 3.072.429,11</b>                 | <b>R\$ 85.938,38</b>                            |

| FONTE                   | Valor do Repasse PROGRAMADO |                       | Valor do Repasse PROGRAMADO em cima do ICMS 2012 (100%) |                | VALOR REAL PROGRAMADO PARA 2013 |                         |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------|-------------------------|
|                         | % CUSTEIO                   | MENSAL (R\$)          | ANO (R\$)                                               | % CUSTEIO      | MENSAL (R\$)                    | ANO (R\$)               |
| Custeio Estadual        | 40,00%                      | R\$ 90.825,59         | R\$ 1.089.907,06                                        | -37,47%        | R\$ 85.071,79                   | R\$ 1.020.861,47        |
| Custeio Municipal       | 37,85%                      | R\$ 85.938,38         | R\$ 1.031.260,58                                        | 112,76%        | R\$ 266.035,76                  | R\$ 3.072.429,11        |
| Custeio Federal         | 22,15%                      | R\$ 50.300,00         | R\$ 603.600,00                                          | 24,71%         | R\$ 56.100,00                   | R\$ 673.200,00          |
| <b>TOTAL DO CUSTEIO</b> | <b>100,00%</b>              | <b>R\$ 227.063,97</b> | <b>R\$ 2.724.767,64</b>                                 | <b>100,00%</b> | <b>R\$ 227.063,97</b>           | <b>R\$ 2.724.767,64</b> |

| VALOR DO ESTADO                                                 |                      |                         |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------|
| PAGAMENTO                                                       | MENSAL               | ANUAL                   |
| 40% Conforme acordado                                           | R\$ 90.825,59        | R\$ 1.089.907,06        |
| Valor acima de 7,5% do ICMS dos Municípios assumido pelo Estado | -R\$ 5.800,00        | -R\$ 69.600,00          |
| <b>TOTAL</b>                                                    | <b>R\$ 85.025,59</b> | <b>R\$ 1.020.307,06</b> |



# ANEXO B – PORTARIA MINISTERIAL Nº 1464/11



112

ISSN 1677-7042

Diário Oficial da União - Seção 1

Nº 121, segunda-feira, 27 de junho de 2011

Art. 3º Definir que os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência abril de 2011.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO

| Município                   | UPA - Porte | 2011         |
|-----------------------------|-------------|--------------|
| Bom Jesus da Lapa - UPA 24h | I           | 1.209.000,00 |
| TOTAL                       |             | 1.209.000,00 |

## PORTARIA Nº 1463, DE 24 DE JUNHO DE 2011

Habilita Município a receber o quantitativo referente às Unidades de Suporte Básico destinado ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 Regional de Juazeiro (BA).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Portaria nº 1.928/GM/MS, de 15 de setembro de 2004, que habilita o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências - SAMU 192 Municipal de Juazeiro (BA); e

Considerando a Portaria nº 2.970/GM/MS, de 8 de dezembro de 2008, que institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU - 192, resolve:

Art. 1º Habilitar o Município a receber o quantitativo referente à Unidade de Suporte Básico, destinado ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) Regional de Juazeiro (BA), conforme especificado a seguir:

| Município para repasse       | Unidade de Suporte Básico (USB) | CHASSI            | PLACA    | Valor do Repasse Mensal | Valor do Repasse Anual |
|------------------------------|---------------------------------|-------------------|----------|-------------------------|------------------------|
| Campo Alegre de Lourdes (BA) | 01                              | 93W245G34A2051917 | NTS 5863 | R\$ 12.500,00           | R\$ 150.000,00         |

Art. 2º Determinar que o Fundo Nacional de Saúde adote as medidas necessárias para a transferência regular e automática, correspondente a 1/12 (um doze avos) do valor anual acima descrito, para o respectivo Fundo Municipal de Campo Alegre de Lourdes (BA).

Art. 3º Estabelecer que os recursos orçamentários objeto desta Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.1220.8761 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência abril de 2011.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

## PORTARIA Nº 1464, DE 24 DE JUNHO DE 2011

Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Portaria nº 599/GM/MS, de 23 de março de 2006, que define a implantação e estabelece critérios de credenciamento/habilitação dos serviços especializados Centros de Especialidades Odontológicas - CEO Tipo 1, CEO Tipo 2, CEO Tipo 3;

Considerando a Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas;

Considerando a Portaria nº 321/GM/MS, de 8 de fevereiro de 2007, que institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Orteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando a Portaria nº 718/SAS/MS, de 20 de dezembro de 2010, que altera, inclui e exclui procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Orteses, Próteses e Materiais Especiais - OPN do Sistema Único de Saúde; e

Considerando o que estabelece a Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente em relação à reorganização das práticas e à qualificação dos serviços oferecidos na Saúde Bucal, visando à integralidade das ações, resolve:

Art. 1º O Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 58, de 24 de março de 2006, Seção 1, página 52, passa a vigorar com a seguinte redação:

"I - O monitoramento de produção consiste na análise de uma produção mínima mensal apresentada, a ser realizada nos CEOs, verificada por meio dos Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS - SIA/SUS, conforme segue:

a) Para os CEOs Tipo 1:

80 Procedimentos Básicos por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

0101020058 APLICAÇÃO DE CARIOTÁTICO (POR DENTE);  
0101020066 APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE);  
0101020074 APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO);  
0101020082 EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA;  
0101020090 SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA;  
0307010015 CAPEAMENTO PULPAR;  
0307010023 RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;  
0307010031 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR;  
0307010040 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR;  
0307020070 PULPOTOMIA DENTÁRIA;  
0307030016 RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE);

0307030024 RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAS (POR SEXTANTE);  
0414020120 EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO;  
0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE;  
60 Procedimentos de Periodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

0307030032 RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE);

0414020081 ENXERTO GENGIVAL;  
0414020154 GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE);  
0414020162 GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE);  
0414020375 TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE);

35 Procedimentos de Endodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

0307020037 OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;  
0307020045 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR;  
0307020053 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES;

0307020051 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR;  
0307020088 RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR;

0307020096 RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES;  
0307020100 RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR;

0307020118 SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR.

80 Procedimentos de Cirurgia Oral por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

0201010232 BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR;  
0201010348 BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE;

0201010526 BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA;

0307010058 TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS;

0404020445 CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM;

0404020488 OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLODENTÁRIAS;

0404020577 REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLODENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE;

0404020615 REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR;

0404020623 RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/ DENTÁRIA;

0404020674 RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO;

0414010345 EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR;

0414010361 EXTERSE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO;

0414010388 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/ EXTRA-ORAL;

0401010082 FRENECTOMIA;  
0404010512 SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR;  
0404020038 CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORO-NASAL/ ORO-SINUSAL;

0404020054 DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS;

0404020089 EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR;

0404020097 EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA;

0404020100 EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO;  
0404020313 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE;

0404020631 RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILO-MANDIBULAR;

0414010256 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL/ ORO-NASAL

0414020022 APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA;

0414020030 APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE);

0414020049 CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES;  
0414020057 CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR;

0414020065 CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR;

0414020073 CURETAGEM PERIAPICAL;  
0414020090 ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL;

0414020146 EXODONTIA MÚLTIPLA C/ ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE;

0414020170 GLOSSORRÁFIA;  
0414020200 MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS;

0414020219 ODONTOSECCÃO / RADIECTOMIA / TUNELIZAÇÃO;

0414020243 REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO);

0414020278 REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO);

0414020294 REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES;  
0414020359 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL;

0414020367 TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL;

0414020383 TRATAMENTO DE ALVEOLITE;  
0414020405 ULOTOMIA/ULECTOMIA.

a) Para os CEOs Tipo 2:

110 Procedimentos Básicos por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

0101020058 APLICAÇÃO DE CARIOTÁTICO (POR DENTE);

0101020066 APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE);  
0101020074 APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO);

0101020082 EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA;

0101020090 SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA;

0307010015 CAPEAMENTO PULPAR;  
0307010023 RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;

0307010031 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR;

0307010040 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR;

0307020070 PULPOTOMIA DENTÁRIA;  
0307030016 RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE);

0307030024 RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAS (POR SEXTANTE);

0414020120 EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO;  
0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE;

90 Procedimentos de Periodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

0307030032 RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE);

0414020081 ENXERTO GENGIVAL;  
0414020154 GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE);

0414020162 GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE);  
0414020375 TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE);

60 Procedimentos de Endodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

0307020037 OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;  
0307020045 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR;

0307020053 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES;

0307020061 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR;

0307020088 RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR;

0307020096 RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES;

0307020100 RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR;

0307020118 SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR.

90 Procedimentos de Cirurgia Oral por mês, no total, referente aos seguintes códigos:



0201010232 BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR;  
CE;  
0201010348 BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FA-  
CA;  
0307010058 TRATAMENTO DE NEURALGIAS FA-  
CIAIS;  
0404020445 CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTA-  
GEM;  
0404020488 OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLO-  
DENTÁRIAS;  
0404020577 REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DEN-  
TÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE;  
0404020615 REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TEMPORO-  
MANDIBULAR;  
0404020623 RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE  
ÓSSEA/ DENTÁRIA;  
0404020674 RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO  
TRAUMATIZADO;  
0414010345 EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA  
SALIVAR;  
0414010361 EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E  
NÃO-ODONTOGÊNICO;  
0414010388 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA  
INTRA/ EXTRA-ORAL;  
0401010082 FRENECTOMIA;  
0404010512 SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR;  
0404020638 CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA  
ORONASAL/ ORO-SINUSAL;  
0404020654 DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E  
ANEXOS;  
0404020689 EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE  
RETENÇÃO SALIVAR;  
0404020697 EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BO-  
CA;  
0404020100 EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO;  
0404020313 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS  
OSSOS DA FACE;  
0404020631 RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MA-  
XILO-MANDIBULAR;  
0414010256 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA  
ORO-SINUSAL/ ORO-NASAL;  
0404020622 APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RE-  
TROGRADA;  
0414020030 APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO  
ORAL (POR SEXTANTE);  
0414020049 CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES;  
0414020057 CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE  
REBORDO ALVEOLAR;  
0414020065 CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MA-  
XILAR;  
0414020073 CURETAGEM PERIAPICAL;  
0414020090 ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA  
INTRABUCAL;  
0414020146 EXODONTIA MÚLTIPLA C/ ALVEOLO-  
PLASTIA POR SEXTANTE;  
0414020170 GLOSSORRAFIA;  
0414020200 MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEU-  
DOCISTOS;  
0414020219 ODONTOSSECÇÃO/ RADIECTOMIA/ TU-  
NELIZAÇÃO;  
0414020243 REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL  
(POR ELEMENTO);  
0414020278 REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO  
/ IMPACTADO);  
0414020294 REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES;  
0414020359 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMOR-  
RAGIA BUCO-DENTAL;  
0414020367 TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONA-  
MENTO DENTAL;  
0414020383 TRATAMENTO DE ALVEOLITE;  
0414020405 ULOTOMIA/ULECTOMIA.  
a) Para os CEOs Tipo 3:  
190 Procedimentos Básicos por mês, no total, referente aos  
seguintes códigos:  
0101020058 APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR  
DENTE);  
0101020066 APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE);  
0101020074 APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVI-  
DUAL POR SESSÃO);  
0101020082 EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIA-  
NA;  
0101020090 SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE  
DENTÁRIA;  
0307010015 CAPEAMENTO PULPAR;  
0307010023 RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;  
0307010031 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE  
ANTERIOR;  
0307010049 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE  
POSTERIOR;  
0307020070 PULPOTOMIA DENTÁRIA;  
0307030016 RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO  
SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE);  
0307030024 RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGI-  
VAIS (POR SEXTANTE);  
0414020120 EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO;  
0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE.  
150 Procedimentos de Periodontia por mês, no total, re-  
ferente aos seguintes códigos:

0307030032 RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR  
SEXTANTE);  
0414020081 ENXERTO GENGIVAL;  
0414020154 GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE);  
0414020162 GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE);  
0414020375 TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODON-  
TAL (POR SEXTANTE).  
95 Procedimentos de Endodontia por mês, no total, referente  
aos seguintes códigos:  
0307020037 OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;  
0307020045 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE  
BIRRADICULAR;  
0307020053 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE  
C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES;  
0307020061 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE  
UNIRRADICULAR;  
0307020088 RETRATAMENTO ENDODONTICO EM  
DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR;  
0307020096 RETRATAMENTO ENDODONTICO EM  
DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES;  
0307020100 RETRATAMENTO ENDODONTICO EM  
DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR;  
0307020118 SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICU-  
LAR.  
170 Procedimentos de Cirurgia Oral por mês, no total, re-  
ferente aos seguintes códigos:  
0201010232 BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR;  
0201010348 BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FA-  
CA;  
0201010526 BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BO-  
CA;  
0307010058 TRATAMENTO DE NEURALGIAS FA-  
CIAIS;  
0404020445 CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTA-  
GEM;  
0404020488 OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLO-  
DENTÁRIAS;  
0404020577 REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO DEN-  
TÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE;  
0404020615 REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TEMPORO-  
MANDIBULAR;  
0404020623 RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE  
ÓSSEA/ DENTÁRIA;  
0404020674 RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO  
TRAUMATIZADO;  
0414010345 EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA  
SALIVAR;  
0414010361 EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E  
NÃO-ODONTOGÊNICO;  
0414010388 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA  
INTRA/ EXTRA-ORAL;  
0401010082 FRENECTOMIA;  
0404010512 SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR;  
0404020638 CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA  
ORONASAL/ ORO-SINUSAL;  
0404020654 DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E  
ANEXOS;  
0404020689 EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE  
RETENÇÃO SALIVAR;  
0404020697 EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BO-  
CA;  
0404020100 EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO;  
0404020313 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS  
OSSOS DA FACE;  
0404020631 RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MA-  
XILO-MANDIBULAR;  
0414010256 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA  
ORO-SINUSAL/ ORO-NASAL;  
0414020622 APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RE-  
TROGRADA;  
0414020030 APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO  
ORAL (POR SEXTANTE);  
0414020049 CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES;  
0414020057 CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE  
REBORDO ALVEOLAR;  
0414020065 CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MA-  
XILAR;  
0414020073 CURETAGEM PERIAPICAL;  
0414020090 ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA  
INTRABUCAL;  
0414020146 EXODONTIA MÚLTIPLA C/ ALVEOLO-  
PLASTIA POR SEXTANTE;  
0414020170 GLOSSORRAFIA;  
0414020200 MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEU-  
DOCISTOS;  
0414020219 ODONTOSSECÇÃO/ RADIECTOMIA/ TU-  
NELIZAÇÃO;  
0414020243 REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL  
(POR ELEMENTO);  
0414020278 REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO  
/ IMPACTADO);  
0414020294 REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES;  
0414020359 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMOR-  
RAGIA BUCO-DENTAL;  
0414020367 TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONA-  
MENTO DENTAL;  
0414020383 TRATAMENTO DE ALVEOLITE;  
0414020405 ULOTOMIA/ULECTOMIA.  
§ 1º Para o cumprimento da produção mínima mensal dos  
procedimentos básicos é obrigatório que seja realizado, no mínimo,

50% de procedimentos restauradores, quais sejam: 0307010023 - res-  
tauração de dente decíduo e/ou 0307010031 - restauração de dente  
permanente anterior e/ou 0307010040 - restauração de dente per-  
manente posterior.

§ 2º Para o cumprimento da produção mínima mensal dos  
procedimentos de endodontia é obrigatório que seja realizado, no  
mínimo, 20% dos seguintes procedimentos: 0307020053 - obtenção  
em dente permanente com três ou mais raízes e/ou 0307020096 -  
retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raí-  
zes.

§ 3º Para a finalidade de monitoramento de produção, os  
Procedimentos Básicos a serem realizados em qualquer dos três tipos  
de CEO são exclusivos para o atendimento de pacientes com ne-  
cessidades especiais.

§ 4º A transferência de recursos referentes aos incentivos  
mensais dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO será  
suspensa, de maneira integral, quando a produção mínima mensal, em  
qualquer das especialidades acima citadas, não for atingida por dois  
meses consecutivos ou três meses alternados no período de um ano, e  
será mantida até a regularização da produção mínima mensal. "

Art. 2º Os procedimentos constantes do art. 1º desta Portaria  
fiquem identificados no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Pro-  
cedimentos, Medicamentos, Orteses, Próteses e Materiais Especiais  
do Sistema Único de Saúde (SIGTAP) com o atributo complementar  
"Monitoramento CEO".

Art. 3º O fluxo a ser utilizado no Sistema de Informação  
Ambulatorial (SIA/SUS), para os procedimentos previstos no Anexo  
à Portaria nº 609/GM/MS, de 23 de março de 2006, fica definido da  
forma prevista abaixo:

I - Quando da apresentação dos procedimentos no SIA/SUS,  
será verificado o código da Classificação Brasileira de Ocupações  
(CBO) do profissional que os realizou;

II - Caso tenha sido por profissional do grupo 2232 (odon-  
tologia), será observado no Sistema de Cadastro Nacional de Es-  
tabelecimentos de Saúde (SCNES) se o estabelecimento dispõe de  
habilitação CEO com a regra contratual 7107 - Estabelecimento, sem  
geração de crédito, nas ações especializadas de odontologia (incentivo  
CEO I, II e III);

III - Neste caso, não haverá geração de crédito para estes  
procedimentos; e

IV - Caso o profissional que realizou os procedimentos não  
seja do código de CBO 2232 ou o estabelecimento não tenha a  
habilitação CEO, será gerado crédito normalmente no SIA/SUS.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua pu-  
blicação, com efeito a contar da competência julho de 2011.

Art. 5º Fica revogada a Portaria nº 2.898/GM/MS, de 21 de  
setembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 251, de 31  
de dezembro de 2010, Seção 1, Páginas 84, 85 e 86.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

#### PORTARIA Nº 1.465, DE 24 DE JUNHO DE 2011

Suspende a transferência de incentivos fi-  
nanceiros referentes ao número de equipes  
de Saúde da Família, equipes de Saúde Bu-  
cal e de Agentes Comunitários de Saúde  
nos Municípios com irregularidades no ca-  
dastro de profissionais no Sistema de Ca-  
dastro Nacional de Estabelecimentos de  
Saúde - SCNES.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atri-  
buições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do  
artigo 87 da Constituição, e

Considerando os esforços do Ministério da Saúde pela trans-  
parência nos repasses de recursos para a Atenção Básica;

Considerando o disposto na Política Nacional de Atenção  
Básica, instituída pela Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de  
2006;

Considerando o disposto na Portaria nº 750/SAS/MS, de 10  
de outubro de 2006, que define o Sistema de Cadastro Nacional de  
Estabelecimentos de Saúde (SCNES) como base de cadastro para o  
Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB);

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde pe-  
lo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica trans-  
feridos para Municípios e Distrito Federal; e

Considerando a existência de irregularidades no cadastramento  
de profissionais da Saúde da Família identificadas no Sistema de  
Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, re-  
solve:

Art. 1º Suspende a transferência de incentivos financeiros  
referentes ao número de equipes de Saúde da Família, de equipes  
Saúde Bucal e de Agentes Comunitários de Saúde, da competência  
financeira maio de 2011, dos Municípios que apresentaram dupli-  
cidade no cadastro de profissionais no SCNES, relacionados no Ane-  
xo a esta Portaria.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua pu-  
blicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA



## ANEXO C – RELATÓRIO SIA/SESA

SESA/CORAC-NUICS-SIA

19/02/16

Pagina: 12

Producao Ambulatorial (SIA) por Unidade e Procedimento

Município: 20-0 ACARAU

CNES: 640526-6 CEO DE ACARAU

-ESTADUAL - Estadual

| M<br>e<br>s                                                 | 2014      |        |          |        | 2015      |        |          |        |
|-------------------------------------------------------------|-----------|--------|----------|--------|-----------|--------|----------|--------|
|                                                             | Informado |        | Aprovado |        | Informado |        | Aprovado |        |
|                                                             | QTD       | Valor  | QTD      | Valor  | QTD       | Valor  | QTD      | Valor  |
|                                                             |           |        |          |        |           |        |          |        |
| Abr                                                         | 23        | 13,57  | 23       | 13,57  | 7         | 4,13   | 7        | 4,13   |
| Mai                                                         | 42        | 24,78  | 42       | 24,78  | 12        | 7,08   | 12       | 7,08   |
| Jun                                                         | 13        | 7,67   | 13       | 7,67   | 12        | 7,08   | 12       | 7,08   |
| Jul                                                         | 37        | 21,83  | 37       | 21,83  | 16        | 9,44   | 16       | 9,44   |
| Ago                                                         | 20        | 11,80  | 20       | 11,80  | 6         | 3,54   | 6        | 3,54   |
| Set                                                         | 13        | 7,67   | 13       | 7,67   | 109       | 64,31  | 109      | 64,31  |
| Out                                                         | 7         | 4,13   | 7        | 4,13   | 26        | 15,34  | 26       | 15,34  |
| Nov                                                         | 17        | 10,03  | 17       | 10,03  | 37        | 21,83  | 37       | 21,83  |
| Dez                                                         | 11        | 6,49   | 11       | 6,49   | 26        | 15,34  | 26       | 15,34  |
|                                                             | 321       | 189,39 | 321      | 189,39 | 293       | 172,87 | 293      | 172,87 |
| 030701003-1 RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR        |           |        |          |        |           |        |          |        |
| Jan                                                         | 53        | 31,27  | 53       | 31,27  | 18        | 10,62  | 18       | 10,62  |
| Fev                                                         | 31        | 18,29  | 31       | 18,29  | 33        | 19,47  | 33       | 19,47  |
| Mar                                                         | 16        | 9,44   | 16       | 9,44   | 14        | 8,26   | 14       | 8,26   |
| Abr                                                         | 30        | 17,70  | 30       | 17,70  | 17        | 10,03  | 17       | 10,03  |
| Mai                                                         | 34        | 20,06  | 34       | 20,06  | 10        | 5,90   | 10       | 5,90   |
| Jun                                                         | 16        | 9,44   | 16       | 9,44   | 17        | 10,03  | 17       | 10,03  |
| Jul                                                         | 24        | 14,16  | 24       | 14,16  | 24        | 14,16  | 24       | 14,16  |
| Ago                                                         | 40        | 23,60  | 40       | 23,60  | 13        | 7,67   | 13       | 7,67   |
| Set                                                         | 44        | 25,96  | 44       | 25,96  | 115       | 67,85  | 115      | 67,85  |
| Out                                                         | 35        | 20,65  | 35       | 20,65  | 54        | 31,86  | 54       | 31,86  |
| Nov                                                         | 17        | 10,03  | 17       | 10,03  | 34        | 20,06  | 34       | 20,06  |
| Dez                                                         | 11        | 6,49   | 11       | 6,49   | 20        | 11,80  | 20       | 11,80  |
|                                                             | 351       | 207,09 | 351      | 207,09 | 369       | 217,71 | 369      | 217,71 |
| 030701004-0 RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR       |           |        |          |        |           |        |          |        |
| Jan                                                         | 93        | 54,87  | 93       | 54,87  | 46        | 27,14  | 46       | 27,14  |
| Fev                                                         | 114       | 67,26  | 114      | 67,26  | 47        | 27,73  | 47       | 27,73  |
| Mar                                                         | 88        | 51,92  | 88       | 51,92  | 45        | 26,55  | 45       | 26,55  |
| Abr                                                         | 38        | 22,42  | 38       | 22,42  | 49        | 28,91  | 49       | 28,91  |
| Mai                                                         | 56        | 33,04  | 56       | 33,04  | 20        | 11,80  | 20       | 11,80  |
| Jun                                                         | 27        | 15,93  | 27       | 15,93  | 48        | 28,32  | 48       | 28,32  |
| Jul                                                         | 65        | 38,35  | 65       | 38,35  | 41        | 24,19  | 41       | 24,19  |
| Ago                                                         | 49        | 28,91  | 49       | 28,91  | 15        | 8,85   | 15       | 8,85   |
| Set                                                         | 41        | 24,19  | 41       | 24,19  | 291       | 171,69 | 291      | 171,69 |
| Out                                                         | 36        | 21,24  | 36       | 21,24  | 89        | 52,51  | 89       | 52,51  |
| Nov                                                         | 76        | 44,84  | 76       | 44,84  | 140       | 82,60  | 140      | 82,60  |
| Dez                                                         | 34        | 20,06  | 34       | 20,06  | 48        | 28,32  | 48       | 28,32  |
|                                                             | 717       | 423,03 | 717      | 423,03 | 879       | 518,61 | 879      | 518,61 |
| 030702001-0 ACESSO A POLPA DENTARIA E MEDICACAO (POR DENTE) |           |        |          |        |           |        |          |        |
| Jan                                                         | 28        | 61,04  | 28       | 61,04  | 12        | 26,16  | 12       | 26,16  |
| Fev                                                         | 34        | 74,12  | 34       | 74,12  | 14        | 30,52  | 14       | 30,52  |
| Mar                                                         | 24        | 52,32  | 24       | 52,32  | 1         | 2,18   | 1        | 2,18   |
| Abr                                                         | 26        | 56,68  | 26       | 56,68  | 14        | 30,52  | 14       | 30,52  |
| Mai                                                         | 23        | 50,14  | 23       | 50,14  | 12        | 26,16  | 12       | 26,16  |
| Jun                                                         | 18        | 39,24  | 18       | 39,24  |           |        |          |        |
| Jul                                                         | 24        | 52,32  | 24       | 52,32  |           |        |          |        |
| Ago                                                         |           |        |          |        | 48        | 104,64 | 48       | 104,64 |
| Set                                                         | 34        | 74,12  | 34       | 74,12  | 48        | 104,64 | 48       | 104,64 |
| Out                                                         | 18        | 39,24  | 18       | 39,24  |           |        |          |        |
| Nov                                                         | 52        | 113,36 | 52       | 113,36 |           |        |          |        |
| Dez                                                         | 30        | 65,40  | 30       | 65,40  | 26        | 56,68  | 26       | 56,68  |
|                                                             | 311       | 677,98 | 311      | 677,98 | 175       | 381,50 | 175      | 381,50 |
| 030702002-9 CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO |           |        |          |        |           |        |          |        |
| Jul                                                         |           |        |          |        | 1         |        | 1        |        |

## ANEXO D - AUTORIZAÇÃO PARA USO DE MAPAS

09/03/2016

Re: Autorização para uso de Mapas/ Mestrado em Gestão Pública - Edlane Martins

Re: Autorização para uso de Mapas/ Mestrado em Gestão Pública

Dercio Nonato Chaves de Assis

qua 09/03/2016 10:01

Para:Edlane Martins <edlanemartins@hotmail.com>;

Olá Edlane,

Autorização concedida!

Essas informações são para uso da sociedade.

Atenciosamente,

Dércio Chaves

Gerente de Estatística, Geografia e Informações

Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará

---

**De:** "Edlane Martins" <edlanemartins@hotmail.com>

**Para:** "dercio chaves" <dercio.chaves@ipece.ce.gov.br>

**Enviadas:** Terça-feira, 8 de março de 2016 11:28:32

**Assunto:** Autorização para uso de Mapas/ Mestrado em Gestão Pública

Boa dia,

Sou mestranda do curso de Gestão Pública pela UFPE e gostaria de solicitar vossa autorização para publicar em minha dissertação alguns mapas retirados do site <http://www2.ipece.ce.gov.br/atlas/>. Comprometo-me em divulgar a fonte e a integridade das imagens sem que as mesmas sejam alteradas.

Obrigada pela atenção dispensada e fico no aguardo da resposta,

Atenciosamente,

Edlane Martins

Diretora Administrativa do CEO-R

Juazeiro do Norte

(88) 35873036