

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Mirna Rodrigues Costa Guimarães

**POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL: ESTUDO DOS SERVIÇOS DE
REABILITAÇÃO PROTÉTICA**

**Belo Horizonte
2015**

Mirna Rodrigues Costa Guimarães

**POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL: ESTUDO DOS SERVIÇOS DE
REABILITAÇÃO PROTÉTICA**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dr^a Andréa Maria Duarte Vargas

Co orientador: Prof. Dr. João Henrique Lara Amaral

**Belo Horizonte
Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais
2015**

FICHA CATALOGRÁFICA

G963p
2015
T

Guimarães, Mirna Rodrigues Costa.
Política nacional de saúde bucal: estudo dos serviços de
reabilitação protética / Mirna Rodrigues Costa Guimarães. –
2015.

74f. : il.

Orientador: Andréa Maria Duarte Vargas
Co-Orientador: João Henrique Lara Amaral

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Políticas públicas. 2. Perda de dente. 3. Prótese dentária.
I. Vargas, Andréa Maria Duarte. II. Amaral, João Henrique
Lara.
III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de
Odontologia. IV. Título.

BLACK D047

Biblioteca da Faculdade de Odontologia - UFMG

Inserir a folha de aprovação

Inserir ata da defesa

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a todos os usuários do Sistema Único de Saúde que me motivam a trabalhar, a buscar pelo conhecimento e a lutar por um Brasil melhor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por cumprir as suas promessas em minha vida.

Aos meus pais que nunca mediram esforços e sempre me incentivaram a buscar os meus ideais.

Aos meus filhos Camila, Mateus e Giovana que são os maiores presentes que recebi de Deus.

Ao meu esposo Alexmar que sempre me apoiou e torceu por mim.

Às minhas irmãs, meus sogros e a Sininha pelo apoio.

Às minhas colegas de trabalho da Diretoria de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais pela amizade, parceria e apoio encontrado em todos os momentos que precisei. Espero que tudo isso continue vivo entre nós.

Às minhas colegas de mestrado pela união e companheirismo que tornou nossa caminhada mais prazerosa.

À minha orientadora professora Andréa Maria Duarte Vargas pela atenção, orientação competente e bom convívio que tivemos durante essa trajetória.

Ao meu Co-orientador professor João Henrique Lara do Amaral pelas valiosas contribuições e pelo dedicado apoio na revisão, diagramação e organização do trabalho.

A todos os professores e funcionários da Universidade Federal de Minas Gerais que contribuíram para esta conquista.

GUIMARAES, Mirna Rodrigues Costa. Política Nacional de Saúde Bucal: Estudo dos serviços de Reabilitação Protética. Dissertação (Mestrado em Odontologia – área de concentração em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

RESUMO

Objetivando estudar os serviços de Reabilitação Protética da Rede de Saúde Pública, buscou-se dados sobre a implantação e manutenção desses serviços no estado de Minas Gerais, e sobre o perfil dos municípios que credenciaram Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e dos que não credenciaram. Para o estudo, tomou-se como referência três grupos de municípios: grupo I representado pelos municípios que não credenciaram LRPD (68% dos municípios do estado), grupo II municípios que perderam o credenciamento (6%) e o grupo III representado pelos municípios que possuem LRPD credenciados (26%). Foram sorteados 317 municípios e garantida a participação de todos os grupos na amostra. As informações sobre os serviços de Reabilitação Protética foram obtidas, junto aos gestores municipais de saúde, por meio do preenchimento de um questionário disponibilizado virtualmente. Para verificar o perfil dos municípios, foram levantados dados secundários (Cobertura de Equipe de Saúde Bucal, contingente populacional, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, Fator de Alocação) e dados sobre o gestor de saúde (formação e tempo de gestão do Secretário Municipal de Saúde), e realizada análise bivariada pelo teste qui quadrado tendo como variáveis dependentes (presença ou ausência de LRPD credenciado no município) e variáveis independentes (dados secundários dos municípios e do gestor de saúde). Os resultados deste estudo indicam que a maioria dos municípios do grupo III oferta os serviços de Reabilitação Protética nas Unidades Básicas de Saúde (67%), que 77% dos LRPD credenciados pelos municípios do grupo III são terceirizados, que há necessidade de ações voltadas à formação do Técnico de Prótese Dentária, qualificação dos Cirurgiões Dentistas, melhoria no processo de comunicação entre os entes públicos, implantação de uma rotina de capacitação sobre a gestão das informações técnico gerenciais, bem como a criação de estratégias governamentais

para melhoria do aporte financeiro para esse tipo de serviço. Em relação à análise do perfil dos municípios, observou-se a associação entre as variáveis: presença do LRPD credenciado no município e maior contingente populacional ($p < 0,001$). Esse dado aponta maior prevalência de LRPD credenciados em municípios com maior contingente populacional, e demonstra a necessidade de uma efetiva ação regionalizada para o credenciamento dos LRPD nos municípios com menor contingente populacional. Conclui-se que existem desafios a serem superados para que as ações de Reabilitação Protéticas sejam efetivas e atinjam a maioria dos municípios.

Palavras-chave: Políticas Públicas, Perda de Dente, Prótese, Saúde Bucal.

GUIMARAES, Mirna Rodrigues Costa. National Oral Health Policy: Study of Prosthetic Rehabilitation Services. Dissertation (Masters in Dentistry - specialization in Community Health) - Program of the Graduate School of Dentistry, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

ABSTRACT

Aiming to study the Prosthetic Rehabilitation of the Public Health Network, we sought data on the implementation and maintenance of these services in the state of Minas Gerais, and on the profile of municipalities that accredited laboratories Regional Dental Prosthetics (RLDP) and not accredited. For the study, was taken as reference three groups of municipalities: Group I represented by the municipalities not accredited RLDP (68% of municipalities in the state), group II cities that lost accreditation (6%) and Group III represented by municipalities having RLDP accredited (26%). They were randomly selected 317 municipalities and ensured the participation of all groups in the sample. Information on the Prosthetic Rehabilitation services were obtained, together with local health managers, by completing a questionnaire available virtually. To check the profile of municipalities, secondary data were collected (Coverage of Oral Health Team, populations, Municipal Human Development Index, Allocation Factor) and data on health manager (training and time municipal secretary Management Health), and performed bivariate analysis using the chi square test taking as dependent variables (presence or absence of RLDP accredited in the city) and independent variables (secondary data of municipalities and health manager). The results of this study indicate that most municipalities in Group III offer the Prosthetic Rehabilitation services in Basic Health Units (67%), that 77% of RLDP accredited by the municipalities of group III are outsourced, there is need for action aimed at training technician of Prosthodontics, qualification of Dental Surgeons, improvement in the communication process between public entities, implementation of a training routine on the management of managerial technical information as well as the creation of government strategies for improved financial support for this kind of service. Regarding the analysis of the profile of the cities, there was the association between the variables RLDP the presence accredited in the city and most populous ($p < 0.001$). This finding points higher prevalence of RLDP

accredited in municipalities with larger populations, and demonstrates the need for effective action regionalized for accreditation of RLDP in municipalities with lower population contingent. It is concluded that there are challenges to be overcome for the actions of Prosthetic Rehabilitation proposed by the National Oral Health Policy are effective and carried out by all municipalities.

Keywords: Public Policy, tooth loss, Prosthesis, Oral Health.

LISTA ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| FIGURA 1 - Distribuição espacial da cobertura de equipes de saúde bucal na ESF e das equipes de saúde bucal na Atenção Primária..... | 21 |
| FIGURA 2 - Distribuição dos Centros de Especialidades Odontológicas no estado de Minas Gerais..... | 22 |
| FIGURA 3 - Percentual de municípios brasileiros com LRPD credenciados, por estado..... | 24 |
| FIGURA 4 - Produção de Próteses Dentárias por estados brasileiros 2010 a 2014..... | 25 |
| GRÁFICO 1 - Perfil dos municípios da amostra - Segundo Contingente Populacional, Cobertura de ESB, IDHM e FA..... | 44 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| TABELA 1 Razões do não credenciamento de LRPD dos municípios do Grupo I | 41 |
| TABELA 2 Dificuldades enfrentadas pelos municípios do Grupo II que contribuíram para o descredenciamento de seus LRPD..... | 42 |
| TABELA 3 Dificuldades enfrentadas pelos municípios do Grupo III na manutenção dos LRPD..... | 43 |
| TABELA 4 Presença do LRPD credenciado no município e associação com as variáveis independentes: cobertura de ESB, contingente populacional, IDHM, FA, formação e tempo de gestão do secretário municipal de saúde | 43 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|---------|---|
| CD | Cirurgião Dentista |
| CEO | Centro de Especialidades Odontológicas |
| CPOD | Dentes Cariados, Perdidos e Obturados |
| DATASUS | Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde |
| ESB | Equipe de Saúde Bucal |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| FA | Fator de Alocação de recursos financeiros |
| FAEC | Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação |
| LRPD | Laboratório Regional de Prótese Dentária |
| MAC | Média e Alta Complexidade |
| MS | Ministério da Saúde |
| PAB | Piso de Atenção Básica |
| PSF | Programa de Saúde da Família |
| SADT | Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico |
| SCNES | Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| SES-MG | Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais |
| SAI | Sistema de Informação Ambulatorial |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TPD | Técnico de Prótese Dentária |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 15 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA | 18 |
| 2.1 A Perda Dentária e o Edentulismo | 18 |
| 2.2 Panorama da Saúde Bucal no Estado de Minas Gerais | 20 |
| 2.3 A Política Nacional de Saúde Bucal em relação aos serviços de Prótese Dentária | 23 |
| 3 OBJETIVOS | 26 |
| 3.1 Objetivo Geral | 26 |
| 3.2 Objetivos Específicos | 27 |
| 4 METODOLOGIA..... | 28 |
| 5 RESULTADOS, DISCUSSÃO E CONCLUSÃO | 30 |
| Referências | 31 |
| ARTIGO..... | 35 |
| APÊNDICE | 55 |
| APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido da pesquisa..... | 55 |
| APÊNDICE B - Questionário da Pesquisa | 57 |
| ANEXOS | 60 |
| ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG..... | 60 |
| ANEXO B - Submissão do artigo à Revista Ciência & Saúde Coletiva- | 61 |
| ANEXO C - Normas da Revista Ciência & Saúde Coletiva | 62 |
| 6 PRODUÇÕES INTELECTUAIS DESENVOLVIDAS DURANTE O CURSO..... | 71 |
| 6.1Produções Técnicas | 71 |
| 6.2 Produções Científicas | 72 |

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui-se em um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Entre os objetivos e atribuições do SUS, destaca-se o de formular políticas de saúde que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, e o estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde¹.

As políticas de saúde são construídas a partir de um debate que envolve as necessidades de saúde, as escolhas da comunidade, as decisões políticas e os recursos disponíveis². Para a elaboração das políticas de saúde é necessário conhecer a prevalência dos problemas de saúde no território, sendo essas informações disponibilizadas por meio dos Levantamentos Epidemiológicos.

No Brasil, no campo da saúde bucal, foram realizados quatro Levantamentos Epidemiológicos de base Nacional. O primeiro, realizado em 1986, avaliou as doenças cárie e a periodontal, o acesso aos serviços odontológicos, além da necessidade de próteses total, objetivando observar o edentulismo tratado e não tratado. No que se refere aos dados sobre o edentulismo, os resultados mostraram que 2%, 40% e 72% da população com idades entre 15 a 19, 35 a 44 e 50 a 59 anos, respectivamente, apresentavam pelo menos um maxilar edêntulo³.

Em 1996, foi realizada a primeira etapa do segundo Levantamento Epidemiológico de âmbito nacional que buscou dados sobre a cárie dentária em escolares das escolas públicas e privadas das 27 capitais e do Distrito Federal. Nesse levantamento não foi realizada a segunda etapa que abrangeria o estudo de outros agravos de saúde bucal e as condições de saúde da população adulta, não sendo mencionados dados sobre o uso e a necessidade de prótese dentária³.

No ano de 2003, foi concluído o terceiro Levantamento Epidemiológico que avaliou os principais agravos em saúde bucal de diferentes grupos etários e incluiu a população urbana e a rural. Esse estudo, identificado como *SB Brasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira*, apontou elevados percentuais de uso e necessidades de próteses dentárias, incluindo as próteses totais, parciais removíveis

e unitárias. Em relação às necessidades de próteses inferiores, que apresentaram os maiores percentuais, os resultados foram de 23,4%, 70,9% e 56,6% para as faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos, respectivamente⁴.

O mais recente Levantamento Epidemiológico de âmbito Nacional na área da Saúde Bucal foi publicado em 2010 e foi intitulado como *Projeto SB Brasil 2010- Pesquisa Nacional de Saúde Bucal*. Esse estudo foi realizado nos mesmos moldes do levantamento epidemiológico anterior, todavia, diferenciou-se pela inclusão do registro das próteses que necessitavam de substituições. Em relação à necessidade de prótese, os percentuais mostrados no estudo foram de 13,7%, 68,8% e 92,7% para as faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos, respectivamente⁵.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), cujas diretrizes foram publicadas em 2004, trouxe avanços e propostas de melhoria na organização do sistema de saúde bucal brasileiro e teve como embasamento epidemiológico o Projeto SB Brasil 2003. Dentre as ações programáticas, destaca-se a inclusão da reabilitação protética nas Unidades Básicas de Saúde e a criação dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD)⁶.

Conforme a portaria nº 1570/2004, o LRPD é o estabelecimento cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como Unidade de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico - SADT para realizar, no mínimo, os serviços de prótese dentária total e prótese parcial removível. O parâmetro para o credenciamento, no início da criação da política, era de um LRPD para cada grupo de 500.000 habitantes⁷. Todavia, a partir da publicação da portaria 2373/2009, o parâmetro populacional deixou de existir e os municípios com qualquer base populacional puderam buscar pelo credenciamento, sem restrições quanto à natureza jurídica dos estabelecimentos⁸.

Apesar da grande necessidade de reabilitação protética dentária apresentada nos levantamentos epidemiológicos de base nacional e da possibilidade de financiamento desse serviço pelo Ministério da Saúde, o credenciamento dos LRPD atinge a minoria dos municípios brasileiros. No Brasil, até março de 2015, o número de LRPD credenciado era de 1477. O estado de São Paulo foi o que apresentou a maior produção de próteses dentárias no ano de 2014, seguido de Minas Gerais e Paraná. Todavia, quando foi observada a proporção de próteses dentárias produzidas no ano de 2014 para a população dos estados, percebeu-se que os

estados de São Paulo e Minas Gerais reabilitaram menos de 0,4% da sua população⁹.

A oferta dos serviços de reabilitação protética dentária apresenta-se como um desafio para os gestores de saúde. Sabe-se que a perda dentária proporciona impacto negativo na qualidade de vida das pessoas e afeta, principalmente, as populações mais pobres. As desigualdades na distribuição da perda dentária ocorrem por influência sócio econômica e de acesso à informação e aos serviços de saúde^{3, 10}. A escassez de estudos sobre os serviços de reabilitação protética dentária da rede na saúde pública impossibilita uma visão mais acurada sobre a magnitude dos problemas enfrentados pelos municípios.

Para compreender os entraves enfrentados pelos municípios no que tange à oferta dos serviços de reabilitação protética dentária na rede de saúde pública, a implantação e manutenção dos LRPD credenciados, buscou-se dados junto aos gestores municipais do estado de Minas Gerais. O resultado desse estudo pretende contribuir para análise do panorama existente no estado e proporcionar um direcionamento para ações de ampliação e qualificação da oferta dos serviços de reabilitação protética.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A Perda Dentária e o Edentulismo

A perda dentária é considerada um importante problema de saúde pública devido à sua alta prevalência e aos danos funcionais, estéticos, psicológicos e sociais que acarreta¹¹⁻¹².

A perda dentária é um processo multifatorial predominantemente atribuída à cárie e à doença periodontal¹³. Nesse contexto, três dimensões devem ser destacadas: a) o nível de gravidade das doenças bucais que provoca destruição dentária a ponto de inviabilizar qualquer tipo de tratamento restaurador; b) o modelo de prática odontológica hegemônico, tanto do ponto de vista do acesso aos serviços, quanto o conjunto de tecnologias disponíveis; e, por último, c) as características culturais das populações que exercem influência significativa no modo como a perda dentária é assimilada³.

Estudos mostraram a associação entre as perdas dentárias e os fatores sócio- econômicos. Quanto maior a taxa de analfabetismo no município ou a proporção de pessoas com renda menor ou igual a meio salário mínimo, maior número de dentes cariados e perdidos e menor número de dentes restaurados^{14, 15}.

Fatores comportamentais e de estilo de vida, como o tabagismo, apresentaram evidências de associação causal com a perda dentária. Essa associação é suportada pela plausibilidade biológica do efeito de substâncias encontradas no tabaco que participam da destruição dos tecidos de suporte dentário¹⁶.

O edentulismo é a ausência de todos os dentes naturais e seu impacto na saúde oral e geral dos indivíduos abrangem os seguintes aspectos: a) Modificação da fisiologia normal, com alterações na altura facial e mudanças substanciais no perfil e tecidos moles, como protrusão da mandíbula, lábio e queixo; b) Dificuldades na mastigação que podem acarretar alterações na dieta, seleção de alimentos, diminuição do consumo de legumes e fibras, podendo levar a estados nutricionais comprometidos e propiciar o aparecimento de doenças; c) Deficiências funcionais e sensoriais na mucosa oral, musculatura oral e glândulas salivares, com diminuição

da regeneração tecidual e da resistência do tecido, prejudicando a função de proteção da mucosa oral¹⁷⁻¹⁸. Além desses aspectos, há estudos que apontaram o impacto do edentulismo sobre a Qualidade de Vida das pessoas, e observaram a influência negativa do edentulismo na vida social e na realização das atividades do dia-a-dia^{10, 19, 20}.

Um estudo de meta análise aferiu a prevalência e a incidência da perda dentária em 26 países, a partir das pesquisas realizadas no período de 1990-2010. Foi observado que, em 2010, 2,3% da população global, representando 158 milhões de pessoas em todo o mundo, era edêntulo. Entre 1990 e 2010 a prevalência da perda dentária grave, que é representada por cavidades orais com quantidades inferiores a 10 dentes ou edentulismo, diminuiu de 4,4% para 2,4%, e a incidência diminuiu de 374 casos por 100.000 pessoas-ano para 205 casos. Não foram encontradas diferenças por sexo, em 2010. A prevalência aumentou, gradualmente, com a idade, principalmente, na sétima década de vida e as diferenças geográficas foram gritantes. O Brasil, a Turquia, Irã, México e Nova Zelândia foram os países onde a prevalência de perda dentária grave foi significativamente maior do que a média global. A China, Japão, Nigéria, Sri Lanka e Suécia foram aqueles onde a prevalência foi inferior a média global. Alguns países apresentaram quedas significativas durante o período avaliado, sendo as maiores observadas na Eslovênia, Emirados Árabes Unidos, Kuwait, Colômbia e Palestina²¹.

Ao comparar os dados epidemiológicos do Brasil com os dos demais países, considerando apenas a faixa etária de idosos e estudos de abrangência nacional, observou-se que a prevalência do edentulismo no Brasil está entre as mais altas do mundo, sendo superada apenas pela Turquia com 67% (2007) e por Portugal com 70% (2000). No outro extremo, os EUA com 24% (1999-2002), Austrália, 20% (2004-2006), Noruega (2008) e França (2000), ambas com 16%, apresentaram as menores prevalências²².

No Brasil, o último levantamento epidemiológico- Projeto SB Brasil 2010 apontou desigualdades regionais em relação às perdas dentárias, principalmente, entre as faixas etárias de 15 a 19 e 35 a 44 anos. De maneira geral, os habitantes das regiões Norte e Nordeste apresentaram maiores perdas dentárias do que os das regiões Sul e Sudeste. Esse quadro reflete as diferenças das coberturas das

medidas preventivas de perdas dentárias concentradas nas regiões Sul e Sudeste do país. Entre essas medidas, encontra-se a fluoretação das águas⁵.

Os dados sobre a necessidade de prótese dos Projetos SB Brasil 2003 e SB Brasil 2010, quando comparados, mostraram a redução no percentual geral. Na faixa etária de 15 a 19 anos, a necessidade de prótese caiu de 26,4% para 13,7% e na de 35 a 44 anos de 74,4% para 68,8%. O inverso ocorreu para a população de 65 a 74 anos, passando de 57%, em 2003, para 92,7% em 2010, que pode ser justificado pela inclusão das necessidades de substituições das próteses no Projeto SB Brasil 2010. Em termos absolutos, tendo como base a população brasileira para o ano 2010, cerca de 18,5 milhões de pessoas nas faixas etárias de 35 a 44 anos e 7,9 milhões de 65 a 74 anos necessitavam de algum tipo de prótese³.

Peres *et al.* compararam os resultados dos dois últimos levantamentos epidemiológicos, em relação ao número de dentes perdidos apresentados no índice de dentes Cariados Perdidos e Obturados (CPOD). Observaram que o componente P, que representam os dentes perdidos, reduziu para metade entre as faixas etárias de 15 a 19 e 35 a 44 anos, sendo de 0,96 para 0,40 e de 13,5 para 7,4, respectivamente. Todavia, o edentulismo entre a faixa etária de 65 a 74 anos permaneceu próximo de 54% nos dois estudos, com predomínio para o sexo feminino e para baixa renda²⁴.

Quanto à dentição funcional, que é conceituada como o número mínimo de dentes naturais (20 dentes) que uma pessoa necessita para exercer a função adequada sem auxílio do uso de próteses, o Projeto SB Brasil 2010 apontou ausência de dentição funcional em aproximadamente 25% dos adultos, sendo superior em mulheres, negros, pardos, indivíduos de menor renda e escolaridade²⁴.

2.2 Panorama da Saúde Bucal no Estado de Minas Gerais

Com objetivo de conhecer a prevalência dos principais problemas bucais da população mineira, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, em parceria com o Centro Colaborador em Vigilância à Saúde Bucal do Ministério da Saúde, realizou o *Projeto SB Minas Gerais - Pesquisa das Condições de Saúde Bucal da População Mineira*. Esse inquérito analisou a situação de saúde em relação à cárie

dentária, doença periodontal, edentulismo, necessidade de prótese dentária, fluorose e oclusão, entre outras condições bucais²⁵.

Os resultados sobre a necessidade de prótese dentária da população mineira indicaram percentuais menores, quando comparados aos da região sudeste no Projeto SB Brasil 2010, todavia, os dados mostraram que o edentulismo foi o agravo que mais contribuiu para a carga global de doenças orais no Estado. Os percentuais de necessidades de próteses dentárias apresentados foram de 7,4%, 57,2% e 67,7% para as faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos, respectivamente²⁵.

Conforme Deliberação CIB-SUS/MG N° 1676, de 10 de dezembro de 2013, a Rede de Atenção à Saúde Bucal do estado de Minas Gerais está estruturada com os seguintes pontos de atenção: Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Apoio Diagnóstico e Terapêutico e Sistema logístico²⁶.

A Atenção Primária à Saúde é formada pelas equipes de Saúde Bucal (ESB) inseridas na Estratégia Saúde da Família (ESF) e equipes que atuam como convencionais, com profissionais de 20 horas semanais. A cobertura de ESB na ESF, até março de 2015, apontou um percentual de 39,69% no estado⁹.

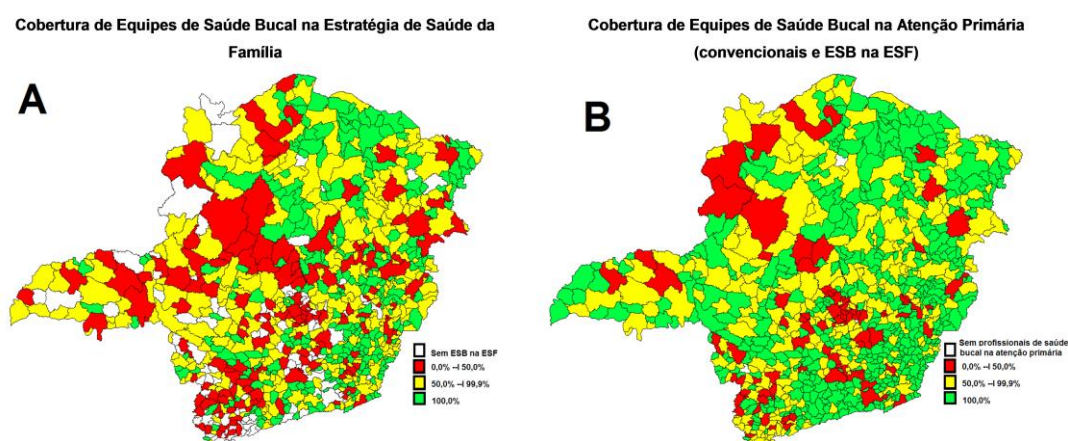


FIGURA 1 - Distribuição Espacial da Cobertura de Equipes de Saúde Bucal da ESF e das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária.

Fonte: DAB, 2015

A atenção especializada é constituída pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), as Unidades Hospitalares e o Centro de Atenção à Deformidade Crânio Facial ²⁶.

Os Centros de Especialidades Odontológicas oferecem atenção em saúde bucal nas áreas estomatologia, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento às Pessoas com Necessidades Especiais. No estado de Minas Gerais, até março de 2015, 91 CEO estavam em funcionamento, correspondendo uma cobertura 73% das regiões de saúde com pelo menos um CEO ²⁷.

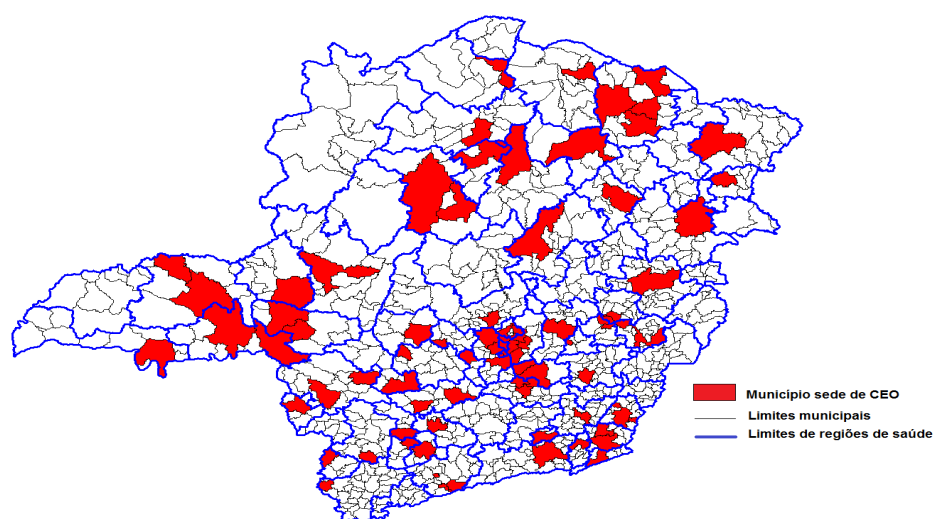


FIGURA 2 – Distribuição Dos Centros De Especialidades Odontológicas no estado de Minas Gerais

Fonte: Minas Gerais, 2015.

As Unidades Hospitalares participantes da Rede de Saúde Bucal visam assegurar a prestação do serviço odontológico sob anestesia geral ou sedação aos pacientes com necessidades especiais e o atendimento para realização dos procedimentos cirúrgicos da face, em casos eletivos e/ou urgência e emergência. Ao todo, serão 19 hospitais para compor a oferta desse serviço para as 13 Regiões Ampliadas de Saúde do estado de Minas Gerais²⁷.

Os Centros de Atenção à Deformidade Crânio Facial são referências estaduais para realização do tratamento bucomaxilofacial integral e multiprofissional

às pessoas com deformidades craniofaciais congênitas e/ou adquiridas. Esse serviço é ofertado por dois hospitais do estado de Minas Gerais, localizados nos municípios de Alfenas e Belo Horizonte²⁸.

Os Laboratórios Regionais de Prótese Dentárias compõem o Ponto de Apoio Diagnóstico e Terapêutico da Rede de Saúde Bucal. Até março de 2015, 250 municípios do estado possuíam LRPD credenciados, correspondendo a 29% dos municípios do estado²⁷.

2.3 A Política Nacional de Saúde Bucal em relação aos serviços de Prótese Dentária

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal constituem o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal. A reorganização da atenção em saúde bucal foi identificada como necessária, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção e intervenção nos fatores que a colocam em risco⁶.

Dentre as ações propostas pelas diretrizes PNSB, destaca-se a de reabilitação protética e, para isso, ocorreu a inclusão da reabilitação nas Unidades Básicas de Saúde e a criação dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD)⁶.

Por meio da Portaria GM N° 74/2004, os procedimentos de moldagem e entrega da prótese total foram incluídos na Atenção Básica²⁸. A Portaria n° 1570 MS/GM/2004 estabeleceu os critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias e a Portaria n° 1572 MS/GM/2004 estabeleceu o pagamento de próteses dentárias totais em LRPD^{7, 29}.

No início da implantação dos LRPD existia o parâmetro populacional adotado para o credenciamento dos laboratórios, todavia, com o objetivo de ampliar a oferta de próteses, o MS expandiu o credenciamento para qualquer base populacional e passou a permitir a habilitação de quantos estabelecimentos fossem necessários para o atendimento à demanda da população das regiões de saúde, no limite da

disponibilidade financeira^{27, 30}. A forma de pagamento também foi alterada, passando a ser por produção e os valores que integravam o financiamento dos procedimentos de prótese dentária passaram a ser incorporados ao Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) dos Estados e Municípios³¹.

Em 2012, no âmbito das ações de saúde do Plano Brasil Sem Miséria, foi incorporada a produção das próteses dentárias para a população em extrema pobreza. Além disso, os valores dos procedimentos de próteses dentárias foram reajustados e os repasses passaram ser em forma de faixas de produções. Produção entre 20 e 50 próteses/mês: R\$ 7.500,00 mensais; entre 51 e 80 próteses/mês: R\$ 12.000,00 mensais; entre 81 e 120 próteses/mês: R\$ 18.000,00 mensais; e acima de 120 próteses/mês: R\$ 22.500,00 mensais³².

Quando observado o número de LRPD credenciados nos estados brasileiros, observa-se que o estado que possui o maior percentual de LRPD credenciados é o Rio Grande do Norte, com 73% de seus municípios credenciados, seguido do Piauí e Paraíba que possuem 58% e 49%, respectivamente. O pior desempenho ficou com Amapá que não possui nenhum LRPD credenciado, seguido de Rondônia e Roraima com 2% e 7% dos seus municípios com LRPD, respectivamente³³.

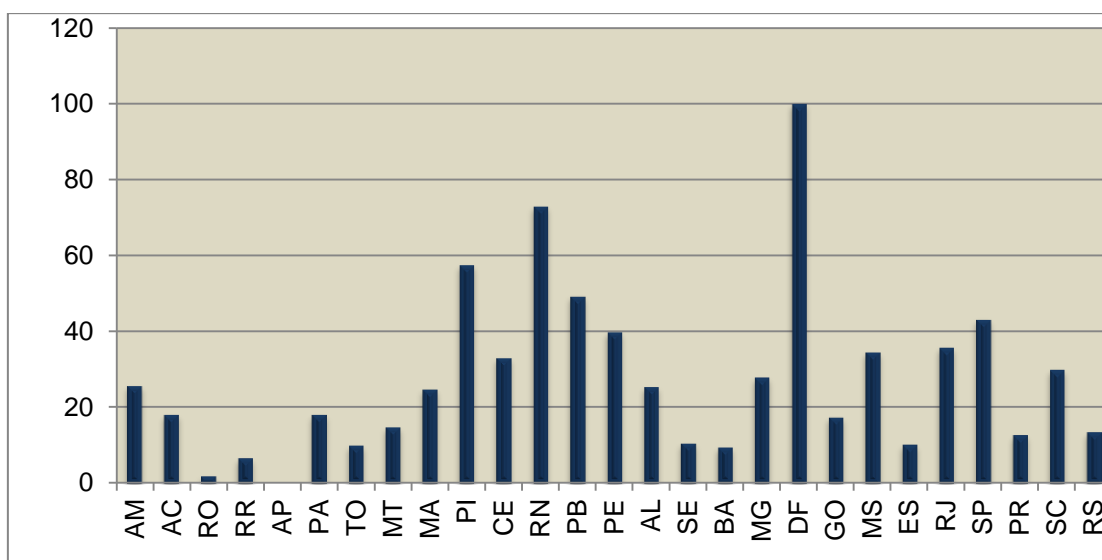


FIGURA 3 - Percentual de Municípios Brasileiros com LRPD Credenciados, por Estado

Fonte: DAB, 2015

Quando observada a produção dos estados brasileiros no período de 2010 a 2014, por tipo de próteses, observa-se que o maior desempenho ficou com o estado de São Paulo, seguido de Minas Gerais, com predomínio para as próteses total maxilar³⁴.

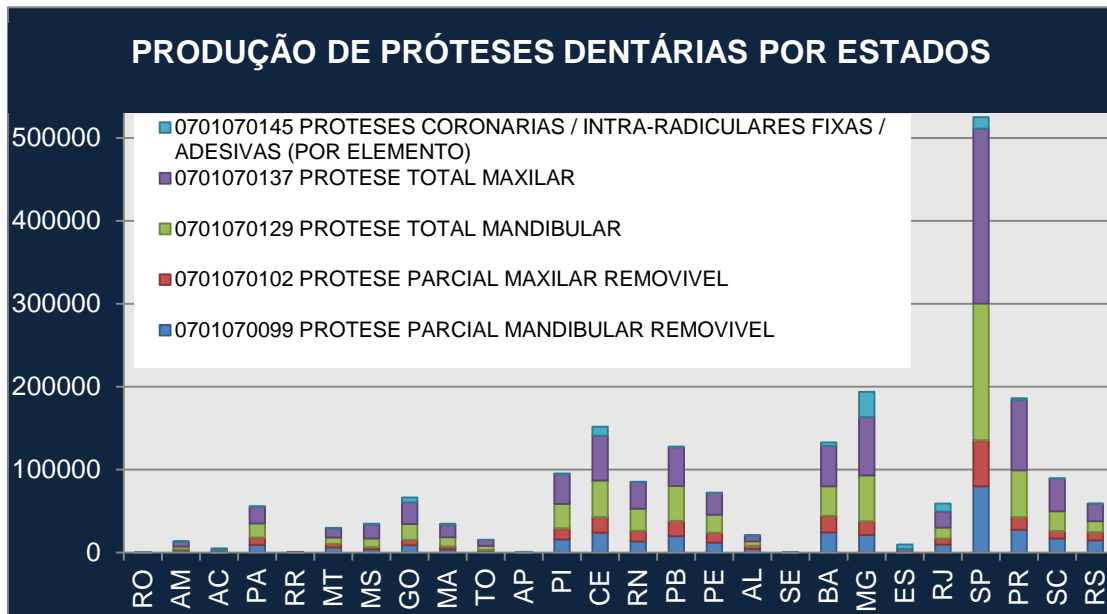


FIGURA 4 - Produção de Próteses Dentárias por Estados Brasileiros 2010 a 2014

Fonte: DATA/SUS 2015

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Estudar os serviços de Reabilitação Protética Dentária da Rede de Saúde Pública do estado de Minas Gerais, com base na Política Nacional de Saúde Bucal.

3. 2 Objetivos Específicos

- Conhecer o motivo pelo qual a maioria dos municípios do estado de Minas Gerais não obteve o credenciamento de um Laboratório Regional de Prótese Dentária;
- Conhecer as dificuldades enfrentadas pelos municípios do estado de Minas Gerais para a oferta dos serviços de reabilitação protética, bem como para a manutenção dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária.
- Identificar perfil dos municípios que credenciaram Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e dos que não credenciaram, em relação à cobertura de Equipe de Saúde Bucal, contingente populacional, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, Fator de Alocação, formação e tempo de gestão do Secretário Municipal de Saúde.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, descritivo realizado no estado de Minas Gerais.

Localizado na região sudeste, o estado de Minas Gerais é o segundo mais populoso e o terceiro com maior Produto Interno Bruto do Brasil. Apresenta população estimada, em 2014, de 20.734.097 habitantes, distribuída em 853 municípios³⁴.

Para realização do estudo, os municípios do Estado foram distribuídos em três grupos, com relação à presença dos LRPD, tendo por base informações fornecidas pela Diretoria de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais²⁷:

Grupo I – Municípios que não credenciaram LRPD, até o mês de outubro de 2014, 580 municípios se encontravam nessa situação, correspondendo a 68% dos municípios do estado.

Grupo II- Municípios que tiveram seus LRDP descredenciados por apresentarem irregularidades na alimentação do SIA/SUS. Até o mês de outubro de 2014, 54 municípios que se encontravam nessa situação, correspondendo a 6% dos municípios.

Grupo III - Municípios que credenciaram LRPD e mantiveram o credenciamento, até o mês de outubro de 2014. Até essa data, 219 municípios se encontravam nessa situação, correspondendo 26% dos municípios.

Essa distribuição possibilitou a utilização de uma amostra estratificada, contemplando os três grupos. Para o cálculo amostral, foi utilizado o método de estimativa de proporção, considerando um erro de 5%, proporção de 50% e nível de confiança de 95%. A amostra mínima requerida foi de 384 municípios. Como Minas Gerais possui 853 municípios, foi realizada uma correção para população finita o que apontou para uma amostra de 265 municípios. Para compensar possíveis perdas, esse número foi acrescido de 20%, totalizando 317 municípios.

Essa amostra foi estratificada para que todos os três grupos de municípios tivessem participação na amostra total, segundo a proporção de cada grupo no total

de municípios do estado. Feito o cálculo e a correção, o grupo I foi composto por 216 municípios, o grupo II 19 municípios e o grupo III 82 municípios. Foi realizado um sorteio aleatório dos municípios em cada grupo para que participassem do estudo.

Um questionário (APÊNDICE A) e um Termo de Consentimento (APÊNDICE B) foram hospedados em uma plataforma de pesquisa SurveyMonkey®. Foram disponibilizadas perguntas sobre a formação e tempo de exercício do gestor municipal, bem como questões específicas para cada grupo de municípios. Para o Grupo I foi questionado o motivo pelo qual o município não obteve o credenciamento de um LRPD. Para o Grupo II foi perguntado sobre as dificuldades enfrentadas que contribuíram para o desc credenciamento e para os municípios do Grupo III foram apresentadas questões sobre a gestão do serviço de oferta de prótese dentária e as dificuldades enfrentadas para manutenção do credenciamento dos LRPD.

Para a maioria das perguntas, optou-se por um modelo de respostas dicotômicas (verdadeiro ou falso), possibilitando identificar a presença ou não de determinadas condições nos municípios. Além disso, permitiu-se a inserção de informações complementares nos campos abertos, ao final do questionário. Cinco especialistas em políticas públicas avaliaram uma primeira versão do questionário e apresentaram sugestões para a melhoria do instrumento.

Para testar a concordância do questionário, foi realizado um teste/reteste, no intervalo de 15 dias, em cinco municípios do estado, sorteados aleatoriamente. O teste Kappa foi realizado e alcançando o grau máximo de concordância para 80% das questões (Kappa= 1).

O período utilizado para aplicação do questionário foi de três meses, iniciando em outubro de 2014. Considerando algum prejuízo no preenchimento pelo período de férias, o prazo foi estendido por mais dois meses.

Foram levantados dados secundários dos municípios participantes do estudo, tais como: Cobertura de Equipe de Saúde Bucal (ESB)⁹, Contingente Populacional (2014)³⁴, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)³⁵ e Fator de Alocação (FA)³⁶. O FA, segundo a Fundação João Pinheiro, consiste na média dos índices de necessidade de saúde e de porte econômicos e os municípios são enquadrados em quatro categorias, segundo a necessidade relativa de recursos

financeiros para atenção à saúde, do grupo 1 (menor valor) até 4 (maior valor)³⁶. Esses dados constituíram um perfil dos municípios que participaram do estudo.

Foi realizada análise bivariada (teste do qui quadrado) entre os dados de perfil dos municípios, buscando verificar a presença de associação entre a variável dependente (municípios que credenciaram o LRPD) e as independentes (Cobertura de ESB de 100% ou inferior; Contingente populacional de até 10.000 habitantes ou inferior; IDHM maior 0,73 ou menor; formação do secretário municipal de saúde na área de saúde ou outra em formação; tempo de gestão do secretário municipal de saúde de até 24 meses ou maior; FA maior (grupo 1e 2) ou menor (grupo 3 e 4). A razão de prevalência e os respectivos intervalos de confiança de 95% foram estimados para as variáveis. Todos os testes estatísticos foram realizados pelo programa IBM SPSS versão 21, considerando o nível de significância estatística de 5%.

O perfil dos municípios foi analisado comparando os dados secundários, segundo a distribuição por Grupos (I,II,III), a partir da análise bivariada.

O estudo foi submetido, avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Protocolo número 33565414.9.0000.5149 CAAE).

5 RESULTADOS, DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O capítulo será apresentado em formato de artigo científico, de acordo com as regras de submissão ao periódico *Ciência & Saúde Coletiva*. O componente de submissão se encontra em anexo.

REFERÊNCIAS

- 1 BRASIL. Lei 8080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.
- 2 Andrade, E T; Martins, M I C; Machado, J H. O processo de construção da política de saúde do trabalhador no Brasil para o setor público . 2012 Out. Acesso: <http://configuracoes.revues.org/1472>.
- 3 Antunes J L F, Peres M A, Crivello Júnior O, (coordenador). Epidemiologia da Saúde Bucal. In Fundamentos de odontologia. 2 ed .Santos SP: Santos; 2013. p.335-54 Brasil.
- 4 Brasil. SB Brasil 2002 - 2003. Condições de Saúde Bucal da População Brasileira.. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério Saúde; 2004. P. 68.
- 5 Brasil SB Brasil 2010 Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados Principais. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério Saúde; 2012. p. 116.
- 6 Brasil. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília.: Ministério Saúde; 2004. p. 16.
- 7 Ministério da Saúde. Portaria (Brasil). Portaria nº 1570, de 29 de janeiro de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Diário Oficial da União 2004.
- 9 Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. (Acesso em março de 2015).
- 10 Rodrigues S M, Oliveira A C, Vargas A M D, Moreira, A N. Implications of edentulism on quality of life among elderly. International journal of environmental research and public health. 2012; 9(1): 100-9.

- 11 Barbato PR, Nagano HCM, Zanchet FN, Boing AF, Peres, MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). *Cad. Saúde Publica* 2007; 23(8):1803-14.
- 12 Divaris A, Ntounis A, Marinis G, Polyzois A. Loss of natural dentition: multi-level effects among a geriatric population. *Gerodontology*, 2012; 29(2): p.192-9.
- 13 Steele JG, Treasure E, Pitts NB, Morris J, Brandnock G. Total tooth loss in the United Kingdom in 1998 and implications for the future. *Br Dent J*. 2000 Dec;189 (11):598-603.
- 14 Frazão Paulo, Antunes José Leopoldo Ferreira, Narvai Paulo Capel. Perda dentária precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade: estado de São Paulo, Brasil, 1998. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2003 Apr [cited 2015 Aug 04]; 6(1): 49-57.
- 15 Susin C, Oppermann RV, Haugejorden O, Albandar JM. Tooth loss and associated risk indicators in an adult urban population from south Brazil. *Acta Odontol Scand* 2005; 63:85-93.
- 16 Tallgren A, Lang BR, Miller RL. Longitudinal study of soft-tissue profile changes in patients receiving immediate complete dentures. *The International Journal of Prosthodontics* 1991; 4(1): 9–16.
- 17 Murray CJL, Lopes AD. *Global Health Statistics: A Compendium of Incidence, Prevalence and Mortality Estimates for over 200 conditions*. Geneva: World Health Organization (WHO); 1996.
- 18 Emami E, Souza RF, Kabawat M. The Impact of Edentulism on Oral and General Health. *International Journal of Dentistry*, 2013, Article ID 498305, 7 p.
- 19 Thomson, W M. Monitoring edentulism in older New Zealand adults over two decades: A review and commentary. *Int. J. Dent*. 2012.
- 20 Locker D. Oral health and quality of life, *Oral Health & Preventive Dentistry* 2004; 2 (supplement 1): 247-53.
- 21 Kassebaum N J, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray C J L, Marcenes W. Global Burden of Severe Tooth Loss A Systematic Review and Meta-analysis. *JDR* july 2014; 93 (7): 20-28.

22 Beaglehole R, Benzian H, Crail J, Mackay J. The Oral Health Atlas. Mapping a neglected global health issue. Coitrin, Switzerland: FDI World Health Federation; 2009.

23 Ministério da Saúde (Brasil). Nota Técnica: Credenciamento e repasse de recursos para os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal MS; 2010.

24 Peres M A, Barbato P R, Reis S C G B, Freitas C H S M, Antunes J L F. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. Rev.de Saúde Pública 2013; 47(supl. 3): 78-89.

25 Minas Gerais SB Minas Gerais. Pesquisa das Condições de Saúde Bucais da População Mineira. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; 2013.p.70

26 Secretaria de Estado da Saúde (Minas Gerais) Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.676, de 10 de dezembro de 2013, que institui a Rede de Atenção à Saúde Bucal no SUS-MG e dá outras providências. Diário Oficial de Minas Gerais, 2013.

27 Minas Gerais. Informações da Diretoria de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; 2015.

28 Ministério da Saúde. Portaria (Brasil). Portaria nº 74, de 20 de janeiro de 2004. Reajusta os valores dos incentivos financeiros às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa Saúde da Família, inclui procedimento de moldagem para prótese e dá outras providências. Diário Oficial da União 2004.

29 Ministério da Saúde. Portaria (Brasil). Portaria nº 1572, de 29 de janeiro de 2004. Estabelece o pagamento de próteses dentárias totais em Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD.. Diário Oficial da União 2004.

30 Ministério da Saúde. Portaria (Brasil). Portaria nº 2373, de 7 de outubro de 2009. Altera a redação da Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006. Diário Oficial da União 2009.

31 Ministério da Saúde. Portaria (Brasil). Portaria nº 2375, de 7 de outubro de 2009. Define os recursos anuais para o financiamento de procedimentos de prótese dentária. Diário Oficial da União 2009.

32 Brasil. Nota Técnica: Credenciamento e repasse de recursos para os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Ministério da Saúde; 2012.

33 Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp . Acesso em julho de 2015.

34 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas de população para 1º de julho de 2014. http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa_dou.shtml (Acesso em maio de 2015).

35 Programa Nacional das Nações Unidas para o Desenvolvimento- PNUD. <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx> (acesso em maio de 2015).

36 Minas Gerais. Fundação João Pinheiro. Centro de Estudos Econômicos e Sociais. <http://www.fjp.mg.gov.br/index.php/noticias-em-destaque/2638-fundacao-joao-pinheiro-apresenta-nova-edicao-do-indice-mineiro-de-responsabilidade-social> (Acesso em maio de 2015).

ARTIGO

Política Nacional de Saúde Bucal: Estudo dos serviços de Prótese Dentária em Minas Gerais.

National Policy for Oral Health: Study of prosthetic rehabilitation services in the State of Minas Gerais - Brazil

Mirna Rodrigues Costa Guimarães¹, Rafaela Souza Pinto¹, João Henrique Lara Amaral¹, Andréa Maria Duarte Vargas¹.

¹Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO

Objetivando estudar os serviços de Reabilitação Protética da Rede de Saúde Pública, buscou-se dados sobre a implantação e manutenção desses serviços no estado de Minas Gerais, e sobre o perfil dos municípios que credenciaram Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e dos que não credenciaram. Esta análise tomou como referência três grupos de municípios: Grupo I (municípios que não credenciaram LRPD), Grupo II (municípios que perderam o credenciamento) e o grupo III (municípios que possuem LRPD credenciados). A amostra do estudo foi composta por 317 municípios que receberam um questionário virtual semi estruturado. Os resultados deste estudo indicam a necessidade de ações voltadas à formação do Técnico de Prótese Dentária, qualificação dos Cirurgiões Dentistas, melhoria no processo de comunicação entre os entes públicos, implantação de uma rotina de capacitação sobre a gestão das informações e melhoria do aporte financeiro. Para identificar o perfil dos municípios, realizou-se a análise pelo teste qui quadrado e observou-se a associação entre a variável independente contingente populacional ($p < 0,05$), verificando-se que a maior

frequência de credenciamento de LRPD ocorre nos municípios com maior contingente populacional.

Palavras-chave: Políticas Públicas, Perda de Dente, Prótese, Saúde Bucal.

ABSTRACT

Aiming to study the Prosthetic Rehabilitation of the Public Health Network, we sought data on the implementation and maintenance of these services in the state of Minas Gerais, and on the profile of municipalities that accredited laboratories Regional Dental Prosthetics (RLDP) and not accredited. This analysis involved three groups of municipalities: Group I (municipalities not accredited RLDP), Group II (municipalities that lost accreditation) and group III (municipalities that have RLDP accredited). The study sample consisted of 317 municipalities receiving a virtual semi structured questionnaire. The results of this study indicate the need for actions aimed at formation of the Technical Prosthodontics, qualification of Dental Surgeons, improvement in the communication process between public entities, implementation of a training routine on information management and the improvement of financial support. To identify the profile of municipalities, conducted the analysis by chi square test and observed the association between the independent variable population group ($p < 0.05$), identifying the higher frequency of RLDP accreditation occurs in municipalities with larger number of inhabitants.

Keywords: Public Policies, tooth loss, Prosthesis, Oral Health.

Introdução

A perda dentária é considerada um dos principais agravos à saúde bucal devido à sua alta prevalência, aos danos funcionais, estéticos, psicológicos e sociais que acarreta, constituindo-se em um importante problema de saúde pública^{1,2}.

Os dentes têm um papel importante na aparência facial, fala e mastigação³. Há provas contundentes mostrando o efeito negativo do edentulismo em relação à qualidade de vida das pessoas, pois influencia negativamente na vida social e na realização de atividades do dia-a-dia^{3,4}.

O uso e a necessidade de prótese da população brasileira foram dados apurados a partir do terceiro Levantamento Epidemiológico de saúde bucal de âmbito nacional, conhecido como Projeto SB Brasil 2003⁵. Nesse levantamento, os percentuais de necessidade de prótese inferior para a população jovem, adulta e idosa foram 23,4%, 70,9% e 56,6% e prótese superior 9,26%, 35,8, 32,4%, respectivamente⁵. Esse projeto embasou do ponto de vista epidemiológico, as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)⁶.

As Diretrizes da PNSB apontaram para a necessidade da reorganização da atenção em saúde bucal. Entre as ações programáticas, destacam-se a ampliação e a qualificação da atenção básica, com a inclusão da reabilitação protética nas Unidades Básicas de Saúde e a implantação dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD)⁶.

O processo de credenciamento dos LRPD é feito pelos municípios ao Ministério da Saúde, não havendo qualquer restrição quanto à natureza do laboratório e ao número de habitantes do município. O quantitativo de próteses mensais é definido no momento da solicitação do credenciamento. Para cada faixa de produção existe um valor a ser repassado mensalmente, sendo 20 a 50 próteses/mês: R\$ 7.500,00 mensais, 51 a 80 próteses/mês: R\$ 12.000,00 mensais; 81 a 120 próteses/mês: R\$ 18.000,00 mensais; e acima de 120 próteses/mês: R\$ 22.500,00 mensais⁷.

Para garantir a oferta de prótese pelos LRPD, o Ministério da Saúde realiza o monitoramento da confecção mensal de próteses por meio das informações disponibilizadas pelo município no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Quando a confecção de próteses fica abaixo da faixa mensal acordada ocorre o descredenciamento do LRPD⁷.

Apesar dos avanços em relação à maior oferta de próteses dentárias após a implantação da PNSB, os resultados do levantamento epidemiológico de base nacional - SB Brasil 2010⁸ e do levantamento realizado no estado de Minas Gerais-SB Minas Gerais 2012⁹ apontaram altas frequências de necessidades de próteses dentárias. No estado de Minas Gerais 7,4 %, 57,2% e 67,7% da população jovem, adulta e idosa, respectivamente, ainda necessitam de algum tipo de prótese⁹.

Atualmente, são 1477 municípios credenciados com LRPD em todo país. O estado que possui o maior percentual de LRPD credenciados é o Rio Grande do Norte, com 73% de seus municípios, seguido do Piauí e Paraíba que possuem 58% e 49%, respectivamente. Os estados com menor número de LRPD credenciados são Rondônia e Roraima com, respectivamente, 2% e 7% dos seus municípios com LRPD¹⁰. O pior desempenho ficou com o estado do Amapá que não possui LRPD credenciado. Em Minas Gerais, até outubro de 2014, 26% dos municípios do Estado possuíam LRPD credenciados¹¹.

Garantir o acesso aos serviços de reabilitação oral pelo Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta-se como um desafio para os gestores de saúde. A escassez de estudos sobre a oferta desses serviços impossibilita uma visão mais acurada sobre a magnitude e caracterização do panorama atual desse serviço e o enfrentamento das dificuldades na sua implantação

Esta pesquisa teve como objetivo estudar os serviços de reabilitação protética dentária da Rede de Saúde Pública do estado de Minas Gerais, com base na Política Nacional de Saúde Bucal, buscando identificar os principais motivos pelos quais a maioria dos municípios mineiros não credenciou LRPD ou, se alcançando o credenciamento, quais foram as dificuldades enfrentadas na manutenção desse serviço. Além disso, procurou-se identificar a associação entre a presença do LRPD no município e o perfil dos municípios no que tange à cobertura de Equipe de Saúde Bucal, contingente populacional, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, Fator de Alocação, formação e tempo de gestão do Secretário Municipal de Saúde.

Métodos

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, descritivo realizado no Estado de Minas Gerais. Localizado na região sudeste, Minas Gerais é o segundo estado mais populoso do Brasil e o terceiro com maior Produto Interno Bruto. Apresenta população estimada, em 2014, igual a 20.734.097, distribuída em 853 municípios¹².

Para realização do estudo, distribuíram-se os municípios do Estado em três grupos com relação à presença de LRPD: Grupo I – Municípios que não

credenciaram LRPD, sendo 580 o número dos que encontravam nessa situação, até outubro de 2014, correspondendo a 68% dos municípios do estado. Grupo II - Municípios que tiveram seus LRDP descredenciados por apresentarem ausência ou baixa produção dos serviços, até o mês de outubro de 2014, 54 municípios que se encontravam nessa situação, correspondendo a 6% dos municípios. Grupo III - Municípios que credenciaram LRPD e se mantiveram, até o mês de outubro de 2014, sendo 219 o número dos se encontravam nessa situação, correspondendo 26% dos municípios. Os dados referentes ao número de municípios e a situação encontrada em relação ao credenciamento dos LRPD foram fornecidos pela Diretoria de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Essa distribuição possibilitou a utilização de uma amostra estratificada, contemplando os três grupos. Para o cálculo amostral foi utilizado o método de estimativa de proporção, considerando um erro de 5%, proporção de 50% e nível de confiança de 95%. A amostra mínima requerida foi de 384 municípios. Como Minas Gerais possui 853 municípios, foi realizada uma correção para população finita o que apontou para uma amostra de 265 municípios. Para compensar possíveis perdas, esse número será acrescido de 20%, totalizando 317 municípios.

Essa amostra foi estratificada para que todos os três grupos de municípios tivessem participação na amostra total, segundo a proporção de cada grupo no total de municípios do estado. Feito o cálculo e a correção, o grupo I foi composto por 216 municípios, o grupo II por 19 municípios e o grupo III 82 municípios. Foi realizado um sorteio aleatório dos municípios de cada grupo.

Um questionário que foi hospedado na plataforma SurveyMonkey® e um convite foi enviado aos gestores municipais de saúde para participar da pesquisa, por meio eletrônico. O questionário continha pergunta sobre a formação e tempo de exercício do gestor municipal, e questões específicas para cada grupo do estudo. Para o Grupo I foi questionado o motivo por não ter obtido o credenciamento. Para o grupo II, as dificuldades enfrentadas que contribuíram para o descredenciamento e para os municípios do Grupo III, foram apresentadas questões sobre a gestão da oferta de prótese dentária e as dificuldades enfrentadas para manutenção do credenciamento dos LRPD.

Para a maioria das perguntas, optou-se por um modelo de respostas dicotômicas (verdadeiro ou falso), além disso, permitiu-se a inserção de informações

complementares nos campos abertos, ao final do questionário. Cinco especialistas no tema avaliaram e incluíram sugestões no questionário.

Para testar a concordância do questionário, foi realizado um teste/reteste, no intervalo de 15 dias, em cinco municípios do estado, sorteados aleatoriamente. O teste Kappa foi realizado e alcançando o grau máximo de concordância para 80% das questões (Kappa= 1).

O período utilizado para aplicação do questionário foi de três meses, iniciando em outubro de 2014. Considerando que a ocasião da aplicação do questionário foi prejudicada pelo período das férias, o prazo foi estendido por mais dois meses.

Foram levantados dados de Cobertura de Equipe de Saúde Bucal (ESB)¹⁰, Contingente Populacional¹², Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)¹⁴ e Fator de Alocação (FA)¹⁵ dos municípios. O FA, segundo a Fundação João Pinheiro, consiste na média dos índices de necessidade de saúde e de porte econômicos e os municípios são enquadrados em quatro categorias, segundo a necessidade relativa de recursos financeiros para atenção à saúde, do grupo 1 (menor valor) até 4 (maior valor)¹⁶. Esses dados constituíram um perfil dos municípios que participaram do estudo.

Foi realizada análise bivariada (teste do qui quadrado) entre os dados de perfil dos municípios, buscando verificar a presença de associação entre a variável dependente (municípios que credenciaram o LRPD) e as independentes (Cobertura de ESB de 100% ou inferior; Contingente populacional de até 10.000 habitantes ou inferior; IDHM maior 0,73 ou menor; formação do secretário municipal de saúde na área de saúde ou outra em formação; tempo de gestão do secretário municipal de saúde de até 24 meses ou maior; FA maior (grupo 1e 2) ou menor (grupo 3 e 4). A razão de prevalência e os respectivos intervalos de confiança de 95% foram estimados para as variáveis. Todos os testes estatísticos foram realizados pelo programa IBM SPSS versão 21, considerando o nível de significância estatística de 5%.

O perfil dos municípios foi analisado comparando os dados secundários, segundo a distribuição por Grupos (I,II,III) e a partir da análise bivariada.

O estudo foi submetido, avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Protocolo número 33565414.9.0000.5149 CAAE).

Resultados

Foram obtidos 310 questionários válidos, sendo 209 do Grupo I, 19 do Grupo II e 82 do Grupo III. Foram excluídos do estudo os questionários que não continham identificação.

Em relação à formação do Secretário Municipal de Saúde para todos os municípios, percebeu-se o predomínio pela formação superior na área de saúde (45%), seguido de formação superior em outras áreas (31%) e, logo após, nível médio ou fundamental (24%). Quanto ao tempo de exercício do secretário na gestão municipal, predominou a permanência por tempo igual ou superior a 24 meses (45%), seguido do período de 12 a 24 meses (32%) e menos de um mês (23%).

Os resultados das questões respondidas pelos gestores dos municípios do Grupo I, em relação aos motivos por não terem credenciados os LRPD, estão disponíveis na TAB. 1. Dentre os motivos, o mais prevalente foi a ausência do Técnico de Prótese Dentária (TPD) com interesse para ofertar o serviço (65%).

Tabela 1 Razões do não credenciamento de LRPD dos municípios do Grupo I

| | (n) | (%) |
|--|-----|-----|
| Desconhecimento sobre o programa. | 64 | 30% |
| Orientações pouco esclarecedoras no site do Ministério da Saúde. | 88 | 42% |
| Faltam de orientações complementares por parte das Superintendências/ Gerências Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde. | 107 | 52% |
| Na minha cidade não possui técnico de prótese dentária com interesse para ofertar o serviço. | 136 | 65% |
| A faixa de produção mínima é de difícil cumprimento pelos municípios de baixo porte populacional. | 103 | 50% |
| Já solicitamos o credenciamento, porém não fomos atendidos. | 63 | 31% |

| | | |
|--|-----|-----|
| Os Cirurgiões Dentistas do município não se dispõem a realizar próteses odontológicas. | 76 | 38% |
| Priorizamos a oferta de outros serviços no município. | 73 | 36% |
| Outro motivo levou ao não credenciamento do LRPD em meu município. | 112 | 63% |

Fonte: Dados extraídos do questionário

Sobre as dificuldades enfrentadas pelos municípios do Grupo II que contribuíram para o desc credenciamento de seus LRPD, a maior frequência de respostas foi para o campo aberto do questionário (87%) onde os municípios descreveram situações particulares, como: Lançamento de dados errados no Sistema Ambulatorial de Informação do SUS (SIA/SUS), falta de planejamento orçamentário no município; falta de documentação regularizada pelo laboratório, demora em organizar o serviço, dificuldades no processo licitatório, falta de um coordenador de saúde bucal, não assiduidade dos usuários às consultas (TAB. 2).

Tabela 2 Dificuldades enfrentadas pelos municípios do Grupo II que contribuíram para o desc credenciamento de seus LRPD

| | (n) | (%) |
|---|-----|-----|
| Havia demora na entrega do serviço que comprometia o cumprimento da produção mensal. | 4 | 27% |
| Havia dificuldade com a técnica de confecção das próteses, por parte dos LRPD e acarretava em repetições dos serviços. | 1 | 7% |
| Havia dificuldade com a técnica de confecção das próteses, por parte dos Cirurgiões Dentistas. | 1 | 7% |
| O município enfrentou problemas com a oferta de mão de obra do técnico de prótese dentária. | 9 | 60% |
| Havia dificuldade com a demora na transferência do recurso financeiro por parte do Ministério da Saúde. | 2 | 13% |
| Havia problemas no lançamento da produção mensal dos LRPD no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS). | 6 | 40% |
| Não atentamos para possibilidade de o município perder o credenciamento do LRPD se não mantivesse a produção conforme a faixa que estava credenciado. | 7 | 47% |

| | | |
|--|----|-----|
| O baixo financiamento por parte do Ministério da Saúde dificultou a manutenção do serviço. | 6 | 40% |
| Havia baixa procura pelo serviço, por desconhecimento da população. | 6 | 40% |
| Havia baixa procura pelo serviço, por insatisfação com a qualidade. | 6 | 40% |
| Havia baixa procura pelo serviço, por outro motivo. | 4 | 27% |
| Outro motivo levou ao descredenciamento do LRPD (Campo aberto do questionário) | 13 | 87% |

Fonte: Dados extraídos do questionário

Para os municípios do Grupo III, além dos questionamentos sobre as dificuldades enfrentadas na manutenção dos LRPD, perguntou-se sobre o local que as próteses são ofertadas, sendo que a Unidade Básica de Saúde foi o local mais prevalente (67%), seguido dos Centros de Especialidades Odontológicas (23%) e, por último, outros locais como relatado em 10% dos municípios. Foram especificados como outros locais de oferta dos serviços de prótese as policlínicas, consórcios e dois municípios relataram ofertar o serviço em consultórios particulares. Quanto à gestão dos LRPD, a maioria dos gestores declarou que participa da gestão do laboratório, apesar dele ser terceirizado (57%), em seguida 23% relataram possuir laboratórios públicos e 20 % não participam da Gestão do LRPD que é terceirizado.

Quanto às dificuldades enfrentadas pelos municípios do Grupo III na manutenção dos LRPD, os resultados estão descritos na TAB. 3. Verificou-se que o baixo financiamento dos LRPD é o maior problema enfrentado (54 %).

Tabela 3 Dificuldades enfrentadas pelos municípios do Grupo III na manutenção dos LRPD

| | (n) | (%) |
|---|-----|-----|
| O baixo financiamento dos LRPD. | 44 | 54% |
| Resistência dos Cirurgiões Dentistas da atenção primária em realizarem o serviço de oferta de prótese dentária. | 25 | 30% |

| | | |
|---|----|-----|
| Necessidade de capacitação técnica dos Cirurgiões Dentistas para realizarem o serviço de oferta de prótese dentária. | 31 | 38% |
| Baixa qualidade dos serviços prestados pelos LRPD. | 13 | 16% |
| Falta de comprometimento dos LRPD em cumprir os prazos para entrega dos serviços. | 17 | 21% |
| A manutenção do credenciamento do LRPD é dificultada pela baixa oferta de mão de obra do técnico de prótese dentária na região. | 21 | 26% |
| A manutenção do credenciamento do LRPD é dificultada pela rigidez da faixa de produção do Ministério da Saúde. | 21 | 26% |

Fonte: Dados extraídos do questionário

Em relação ao perfil dos municípios da amostra, eles estão apresentados no GRAF. 1. Quanto ao contingente populacional, observou-se que a maioria dos municípios possuía uma população igual ou superior a 10.000 habitantes. Quanto à cobertura de ESB, a maioria dos municípios dos grupos I e II apresentou 100% de cobertura. O grupo III foi o que apresentou o maior percentual de municípios com IDHM igual ou superior a média do Estado de Minas Gerais (21%). Em relação ao FA, os municípios com as menores necessidades relativa de recursos financeiros foram os do grupo III (57%).

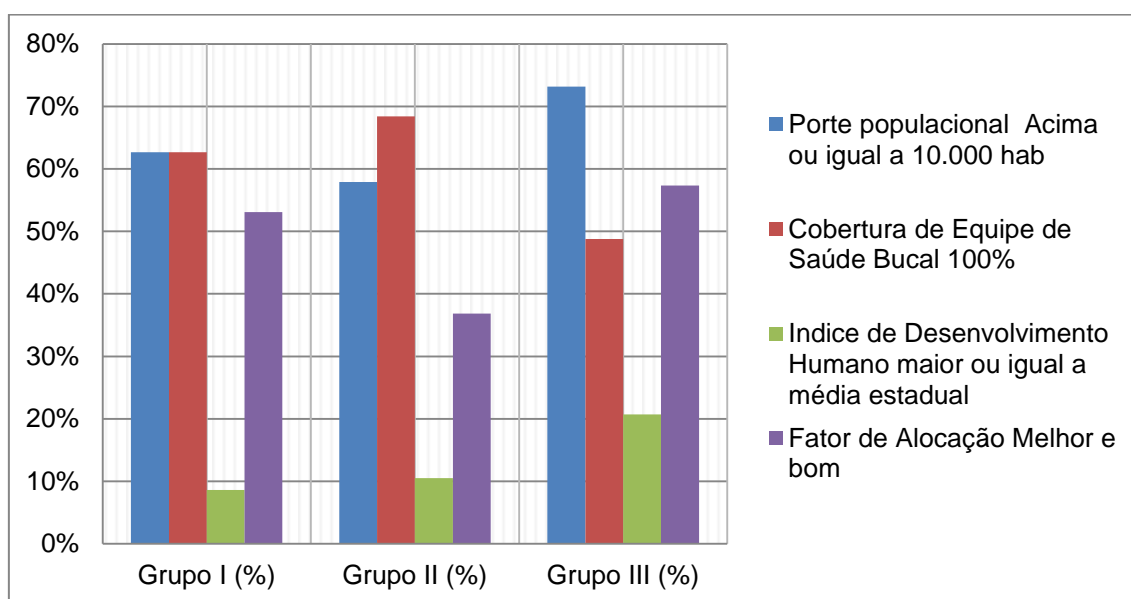


GRÁFICO 1 Perfil dos municípios da amostra segundo contingente populacional, cobertura de ESB, IDHM e FA

Fonte: IBGE, MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB, PNUD, Fundação João Pinheiro.

Ao observar os resultados da análise pelo teste qui quadrado para as variáveis dependentes (municípios que credenciaram o LRPD) e independentes (cobertura de ESB, contingente populacional, IDHM, FA, formação e tempo de gestão do Secretário Municipal de Saúde), verificou-se a presença de associação entre a variável independente contingente populacional ($p < 0,05$), identificando-se que a maior frequência de credenciamento de LRPD ocorre nos municípios com maior contingente populacional.

Tabela 4 Presença do LRPD credenciado no município e associação com as variáveis independentes: cobertura de ESB, contingente populacional, IDHM, FA, formação e tempo de gestão do secretário municipal de saúde.

| Variável | | n | % | | RP | p-valor |
|---------------------|----------------------------|----|---------------------|------------------|-----|---------|
| População | até 10.000 hab. | 32 | 19,51 (5,78-33,24) | | Ref | <0,001 |
| | > 10.000 hab. | 69 | 47,26 (35,48-59,04) | 2,42 (1,69-3,45) | | |
| Cobertura ESB | 100% | 54 | 29,50 (17,34-41,67) | | Ref | 0,166 |
| | < 100% | 47 | 37,00 (23,20-50,81) | 1,25 (0,91-1,72) | | |
| IDH | $\geq 0,73$ | 16 | 47,05 (22,60-71,51) | | Ref | 0,056 |
| | < 0,73 | 85 | 30,79 (20,98-40,61) | 0,65 (0,43-0,97) | | |
| FA | 1 e 2 | 57 | 33,92 (21,63-46,22) | | Ref | 0,582 |
| | 3 e 4 | 44 | 30,98 (17,32-44,65) | 0,91 (0,66-1,26) | | |
| Formação do gestor* | Graduação na área de saúde | 43 | 32,33 (18,35-46,31) | | Ref | 0,964 |
| | Outra formação | 57 | 32,57 (20,40-44,73) | 1,00 (0,72-1,39) | | |
| Tempo de gestão* | > 24 meses | 35 | 26,51 (11,89-41,13) | | Ref | 0,178 |
| | ≤ 24 meses | 57 | 33,72 (21,45-46,00) | 1,27 (0,89-1,81) | | |

Fonte: IBGE, MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB, PNUD, Fundação João Pinheiro.

*Dados extraídos do questionário.

Discussão

Os dados levantados neste estudo assinalam as dificuldades enfrentadas na implantação e manutenção dos serviços para a oferta próteses dentárias no Estado de Minas Gerais e trazem reflexões e advertências acerca das trajetórias que estão em curso.

Em relação aos motivos declarados pelos municípios do Grupo I por não terem credenciados os LRPD, a ausência do TPD com interesse para ofertar o serviço de confecção das próteses foi o motivo mais frequente (65%). Essa limitação em relação à mão de obra especializada do TPD também foi considerada pela maioria dos municípios do Grupo II (60%) como uma dificuldade que contribuiu para o descredenciamento dos seus LRPD. Esse fato aponta para a necessidade de investimentos na formação de TPD para o atendimento da demanda de reabilitação protética da população. Conforme destacado na IX Conferência Nacional de Saúde, é indispensável para a implementação do SUS, uma política nacional de recursos humanos efetiva, que incorpore ações como a qualificação e/ou formação permanente de seus trabalhadores¹⁷.

Em relação ao Grupo III, o baixo financiamento foi exposto como a maior dificuldade enfrentada pelos municípios na manutenção dos LRPD (54%). Esse fato também foi apresentado por 40% dos municípios do grupo II. Há estudos^{18,19,20} que evidenciam as dificuldades financeiras enfrentadas pelos municípios na execução dos programas propostos pelo MS. Tal situação retrata a presença de aspectos importantes no cenário da Saúde Pública brasileira, pendentes de uma solução que precisa ser objeto de estratégias governamentais de maior amplitude.

Foi citado por 52% dos gestores municipais, como motivo do não credenciamento dos LRPD dos municípios do Grupo I, a falta de orientações complementares por parte das Superintendências e Gerências Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde e, no mesmo Grupo, por 42% dos gestores o fato das informações do site do MS serem pouco esclarecedoras. Ainda transitando no campo da fragilidade dos processos de comunicação e da troca de informações, 47% dos municípios do Grupo II relataram terem perdido o credenciamento de seus

LRPD por não atentarem para a possibilidade de serem descredenciados se não mantivessem a produção acordada, sendo que essa informação se encontrava explícita na legislação sobre os LRPD²¹. Esses resultados apontam para a necessidade de revisão do processo de repasse de informações entre os entes, bem como a manutenção de uma rotina de divulgação para os profissionais envolvidos na gestão e assistência nos serviços. Nesse aspecto, é fundamental o papel da gestão, tendo em vista que as informações de caráter técnico gerencial são essenciais para garantir a efetividade das ações e serviços ²².

Reforçando a necessidade de uma revisão dos processos de repasse de informações, destaca-se a situação descrita por 40% dos municípios do Grupo II que tiveram seus LRPD descredenciados por problemas de lançamento da produção mensal no SIA/SUS. Essa informação foi reiterada pelos municípios do mesmo grupo no campo aberto do questionário, com a informação de terem lançado dados no sistema com códigos incorretos. A rotatividade dos técnicos administrativos e a falta de capacitação podem ser os principais causadores desse tipo de problemas. Por meio de um estudo de âmbito nacional foi observado que 86% dos municípios relataram existir um processo regular de treinamento para os profissionais que atuam na atenção primária, todavia, esse mesmo estudo identificou que maioria das contratações realizadas pelos municípios é temporária ou de prestação de serviços, o que pode comprometer a continuidade das informações repassadas aos profissionais²³.

A necessidade de capacitação técnica para o Cirurgião Dentista (CD) foi um dos problemas apontados por 38% municípios do grupo III para a manutenção dos LRPD. A percepção em relação à necessidade de capacitação técnica coincide com os resultados encontrados por De Lima *et. al.* ²⁴, ao analisarem a qualidade do material enviado pelos CD aos Laboratórios privados de prótese dentária do município de Porto Alegre (RS). Segundo os autores, esses CD desconhecem os princípios clínicos e técnicos da construção de prótese parciais removíveis. Segundo Castro *et.al.*²⁵ ocorre uma transferência excessiva de responsabilidades ao TPD no processo de confecção de próteses e a comunicação ineficaz entre o CD e o TPD. Segundo Navarro²⁶, o que tem sido ensinado nas faculdades de odontologia nem sempre é observado quando da execução dos trabalhos de reabilitação. Esses

dados apontam para necessidade de melhorias e qualificação dos CD para atuação na área de reabilitação.

Entre os gestores que responderam os questionários dos municípios pertencentes ao Grupo II, 40% relataram que havia uma baixa procura pelo serviço de oferta de próteses por insatisfação com a qualidade do produto final. Machado *et al.*²⁷ avaliaram a oferta de próteses totais convencionais sob a ótica da qualidade e satisfação de 149 usuários reabilitados no Centro de Especialidades Odontológicas da Mesorregião Leste Potiguar do Estado de Rio Grande do Norte. Foi observado que, mesmo com a presença de déficits técnicos na realização das próteses, a maioria dos usuários declarou satisfação com os serviços (69,1%). Segundo o autor, a satisfação desses usuários estava ligada aos fatores estéticos e sociais da reabilitação. Este estudo e o trabalho de Machado *et al.*²⁷ coincidem em relação aos problemas técnicos na confecção das próteses, o que indica a necessidade de medidas de responsabilidade da gestão no sentido de qualificar a atenção à saúde bucal. Segundo Donabedian²⁸, o conhecimento técnico profissional, as instalações físicas e as relações interpessoais entre os profissionais e pacientes são as três dimensões pelas quais se avalia a qualidade de um serviço.

A resistência dos CD da atenção primária em realizar a reabilitação protética foi relatada em 38% dos municípios do Grupo I e em 30% dos municípios do Grupo III. Essa resistência pode estar associada ao perfil profissional que, em algumas situações, pode não ser adequado para o trabalho nos serviços. Souza & Roncalli²⁹, Martelli *et al.*³⁰ relataram a falta de profissionais com o perfil proposto pelo Programa de Saúde da Família (PSF) e a precariedade das estruturas de saúde. É necessário refletir sobre as condições de trabalho que esses profissionais estão submetidos, bem como, garantir a oferta de materiais adequados e, ainda, possibilitar a sua qualificação para o processo de trabalho segundo as políticas de saúde do país.

Outro fator relatado pelos gestores que contribuiu para o não credenciamento dos LRPD em 50% dos municípios pesquisados no Grupo I e pela perda do credenciamento em 26% dos municípios do Grupo III foi a dificuldade no cumprimento da faixa de produção mensal definida para os LRPD. O descumprimento dessa meta acarreta no descredenciamento do LRPD. Para os municípios com menor porte populacional, o cumprimento da faixa mínima de 20 a

50 próteses/mês parece ser de difícil consecução. Para esses, a implantação de laboratórios regionalizados poderá ser uma alternativa, a fim de garantir a produção contínua das próteses. O laboratório regionalizado também favoreceria a economia de escala e escopo. Para Mendes³¹, a economia de escala é alcançada quando ocorre o melhor aproveitamento da capacidade instalada, com a distribuição dos custos fixos para o maior número possível de procedimentos, eliminando ociosidades e desperdícios. Economia de escopo é a ampliação da gama de serviços oferecidos pela unidade assistencial, com a redução dos custos³¹. No Estado de Minas Gerais não existem laboratórios regionalizados, sendo 100% deles, municipais¹¹.

Ao analisar o perfil dos municípios, segundo os dados secundários levantados, aqueles que pertencem ao Grupo III foram os que apresentaram o maior contingente populacional, maior IDH e menor necessidade relativa de recursos financeiros, conforme o FA. Esse perfil de maior desenvolvimento confirma que a organização de boas políticas de saúde está vinculada a outras políticas, como de educação, emprego, renda e moradia, tendo em conta o conceito ampliado de saúde²⁹. É esperado que, nos municípios onde haja um conjunto de políticas públicas consistente, existam melhores condições socioeconômicas e, conseqüentemente, condições mais favoráveis para a assistência à saúde da população²⁹.

Quanto à cobertura da Equipe de Saúde Bucal, observou-se que os grupos I e II apresentaram o maior percentual de municípios com cobertura de 100%. Uma cobertura dessa magnitude mostra a disposição dos gestores de implantar a atenção à saúde bucal na atenção primária. Nesses municípios, entretanto, não estão disponíveis os LRPD, equipamento fundamental para o atendimento à população adulta. Esse fato parece indicar que os desdobramentos operacionais após a decisão pelo credenciamento do LRPD são de difícil manejo. Nesses casos, a resolutividade dos serviços fica aquém do esperado, tendo em vista a grande dívida social do país em relação à saúde bucal da população adulta.

Em relação aos resultados da análise bivariada que apontou a maior frequência de credenciamento de LRPD nos municípios com maior contingente populacional, observa-se que essa informação reitera a necessidade de uma ação governamental no nível estadual no sentido de promover uma discussão

regionalizada sobre a oferta de próteses pela atenção à saúde bucal para os municípios de menor contingente populacional, identificando os gargalos nas regiões de saúde e intermediando o diálogo segundo a distribuição espacial, capacidade instalada e aporte populacional.

É pertinente alertar para as limitações deste trabalho, pois foi construído com informações referidas pelos gestores de saúde e, essas, muitas vezes, dependiam de um resgate de temas pouco discutidos no âmbito dos municípios.

Conclusão

Este estudo teve como proposta identificar os possíveis entraves para a oferta de prótese dentária pelo serviço de atenção à saúde bucal no Estado de Minas Gerais. Os seus resultados corroboram para a necessidade de ações voltadas à formação do Técnico de Prótese Dentária na rede de serviços, qualificação dos Cirurgiões Dentistas, melhoria no processo de comunicação entre os entes públicos, implantação de uma rotina de capacitação sobre a gestão das informações técnico gerenciais, bem como, a criação de estratégias governamentais para melhoria do aporte financeiro para esse tipo de serviço. No âmbito estadual, sugere-se uma efetiva ação regionalizada para a oferta de próteses, que leve em conta as necessidades de saúde da população e os fatores dificultadores e facilitadores identificados nesse estudo para a implantação dos LRPD.

Do ponto de vista da articulação desses resultados com a proposta da Política Nacional de Saúde Bucal, destaca-se que, em seus pressupostos, é estabelecido o compromisso da qualificação da atenção básica, de forma a garantir a qualidade e resolutividade de suas ações, bem como, da inserção dos procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares.

Conclui-se que os dados levantados neste estudo merecem ser refletidos, pois contemplam aspectos que vão além das competências municipais e são decisivos para uma real mudança no processo de implementação de ações no campo da reabilitação para a melhoria da saúde da população.

Colaboradores

M R C Guimarães realizou a revisão de literatura, a coleta de dados, sua interpretação, análise e redação; R S Pinto colaborou com análise dos dados estatísticos; J H L Amaral e A M D Vargas foram responsáveis pela concepção do trabalho, elaboraram o desenho amostral, participaram da análise dos dados e redação final do texto.

Referências

- 1 Barbato PR, Nagano HCM, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional. (Projeto SB Brasil 2002-2003). *Cad Saúde Pública* 2007; 23(8): 1803-14.
- 2 Antunes J L F, Peres M A, Crivello Júnior O, (coordenador). *Epidemiologia da Saúde Bucal. In Fundamentos de odontologia*. 2 ed .Santos SP: Santos; 2013. p.335-54.
- 3 Locker, D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. *Measuring oral health and quality of life*. 1997,11-24.
- 4 Rodrigues SM, Oliveira AC, Vargas AMD, Moreira, AN. Implications of edentulism on quality of life among elderly. *International journal of environmental research and public health*. 2012; 9(1): 100-9.
- 5 Brasil. SB Brasil 2003. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados Principais. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde; 2004.
- 6 Brasil. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério Saúde; 2004. p. 16.
- 7 Brasil. Nota Técnica: Credenciamento e repasse de recursos para os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD. Departamento de

- Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Ministério da Saúde ; 2012.
- 8 Brasil. SB Brasil 2010 Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados Principais. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério Saúde; 2012. p. 116.
 - 9 Minas Gerais SB Minas Gerais. Pesquisa das Condições de Saúde Bucais da População Mineira. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; 2013.p.70.
 - 10 Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. (Acesso em março de 2015).
 - 11 Minas Gerais. Informação fornecida pela Diretoria de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; 2015.
 - 12 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas de população para 1º de julho de 2014. http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa_do_u.shtm. (Acesso em de maio de 2015).
 - 13 Cunha-Cruz J, Hujoel PP, Nadanovsky P. Secular trends in socio-economic disparities in edentulism: USA, 1972–2001. *Journal of dental research* 2007; 86(2): 131-36
 - 14 Programa Nacional das Nações Unidas para o Desenvolvimento- PNUD. <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx> (acesso em maio de 2015)
 - 15 Minas Gerais. Fundação João Pinheiro. Centro de Estudos Econômicos e Sociais. <http://www.fjp.mg.gov.br/index.php/noticias-em-destaque/2638-fundacao-joao-pinheiro-apresenta-nova-edicao-do-indice-mineiro-de-responsabilidade-social> (Acesso em maio de 2015).
 - 16 Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Metodologia de Alocação equitativa de recursos: uma proposta para Minas Gerais. Mônica Viegas Andrade et. Al. Belo Horizonte, 2004.63 p. il.
 - 17 IX Conferência Nacional de Saúde de 1992. Relatório final. Brasília DF, 1992. http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9 (Acesso em maio 2015).

- 18 Cotta RMM , Schott M, Azeredo CM, Franceschini SDCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epid.e Serv. de Saúde* 2006 ;15(3): 7-18.
- 19 Ribeiro EM, Pires D. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(2): 438-46.
- 20 L'Abbate S. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais Education and health services: evaluating professional training. *Cad. Saúde Pública* 1999; 15(Sup 2): 15-27.
- 21 Ministério da Saúde Brasil. Nota Técnica: Credenciamento e repasse de recursos para os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal MS; 2010. http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nota_lrpdp (Acesso em setembro de 2014).
- 22 Lobato LVC e Giovanella L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica.. In: *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2ª ed.* Rio de Janeiro: Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2003, p. 89 a 113.
- 23 Carvalho CL, Girardi SB. Agentes institucionais e modalidades de contratação de pessoal no Programa Saúde da Família no Brasil. Belo Horizonte: Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais; 2002.
- 24 Lima FE, Rivaldo EG, Cosme DC, Fontoura FLC. Avaliação do material enviado pelos cirurgiões dentistas aos laboratórios de prótese para confecção de próteses parciais removíveis. *Rev. da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre* 2002; 45(2): 14-16.
- 25 Castro S, Oliveira JC, Zanetti S, Feltrin S, Froner S, Moura S. Modelos de prótese parcial removível e comunicação entre cirurgiões-dentistas e técnicos nos laboratórios na cidade de Teresina (PI). *RGO-Revista Gaúcha de Odontologia* 2009; 57(3).
- 26 Navarro H. *Avaliação e estudo inerente à construção de próteses parciais: removíveis, fixas convencionais e adesivas, através de pesquisa realizada em laboratórios de próteses.* [Tese] São Paulo : Universidade de São Paulo. Faculdade de Odontologia; 1995.

- 27 Machado FCA, Costa APS, Pontes ALB, Lima KC, Ferreira MAF. Dificuldades diárias associadas às próteses totais. *Ciênc. saúde coletiva* 2013; 18(10): 3091-3100.
- 28 Donabedian A. The seven pillars of quality. *Archives of pathology & laboratory medicine* 1990; 114(11): 1115-8.
- 29 Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad. saúde pública* 2007; 23(11): 2727-39.
- 30 Martelli PJL, Cabral APS, Pimentel FC, Macedo, CLSV, Monteiro IS, Silva SF. Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008; 13 (5):1669-74.
- 31 Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009. p.128.
- 32 Azevedo CDS, Braga Neto FC, Sá M DC. Indivíduo e a mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia. *Cad. de Saúde Pública* 2002; 18(1): 235-447.
- 33 Ministério da Saúde. Portaria (Brasil). Portaria nº. 599, de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. *Diário Oficial da União* 2006.
- 34 Ministério da Saúde. Portaria (Brasil). Portaria nº 1571, de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. *Diário Oficial da União* 2004.
- 35 Steele JG, Treasure E, Pitts NB, Morris J, Bradnock G. Adult dental health survey: Total tooth loss in the United Kingdom in 1998 and implications for the future. *British Dental Journal* 2000; 189(11): 598-603.
- 36 Thomson W M. Monitoring edentulism in older New Zealand adults over two decades: A review and commentary. *International journal of dentistry*. 2012.
- 37 World Health Organization. *Oral health surveys: basic methods*. 4º ed. Geneva: ORH/EPID; 1997.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido da pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: Política Nacional de Saúde Bucal: Estudo dos Serviços de Prótese Dentária em Minas Gerais. Os motivos que nos levam a estudar os Serviços de Prótese Dentária do Estado de Minas Gerais é a necessidade de prótese odontológica da população identificada nos levantamentos epidemiológicos, o número reduzido de Laboratórios de Prótese Dentária (LRPD) credenciados no estado, a baixa produção desses laboratórios e a inexistência de pesquisas sobre esse tema. Com esse estudo, esperamos evidenciar as principais dificuldades enfrentadas pelos municípios na implementação da Política Nacional de Saúde Bucal em relação aos serviços de prótese dentária, e também conhecer iniciativas de gestores para o enfrentamento desses problemas. Esse trabalho trará subsídios que permitirão avançar na reorganização desses serviços.

Para a realização da pesquisa, é feita coleta de informações junto aos gestores de municípios mineiros que possuem LRPD credenciados, com gestores de municípios que perderam o credenciamento e com gestores de municípios que nunca tiveram esse tipo de credenciamento. Este questionário abordará questões relacionadas ao serviço de prótese dentária nas Unidades Básicas de Saúde.

Sua participação no estudo consistirá em responder a este questionário que está disponível nesta plataforma virtual denominada SurveyMonkey®.

O questionário possui treze perguntas, sendo em sua maioria fechadas e o tempo médio para respondê-las será em torno de 30 minutos. Eventualmente, para responder às questões, haverá necessidade de apoio de outros profissionais do

município. O questionário permite se necessário, que você interrompa o preenchimento retornando em um segundo momento para concluir a sua participação. As informações prestadas por você são sigilosas e protegidas nos termos de contrato firmado entre o pesquisador e a gestão da plataforma, seu nome não será citado em qualquer publicação e os dados serão utilizados exclusivamente para esta pesquisa. Os riscos ou constrangimentos advindos da resposta ao questionário são mínimos, pois a preservação da identidade e o sigilo estão resguardados neste estudo. A sua participação é inteiramente voluntária e você está livre para retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Sua participação no estudo não acarretará em custos para você, e por isso não há previsão de qualquer compensação financeira.

DECLARAÇÃO:

Eu fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Sei que, em qualquer momento, poderei solicitar novas informações e que os riscos ou constrangimentos advindos deste estudo são mínimos e que não haverá gastos para realização da pesquisa e, em caso de dúvidas ou problema ético poderei procurar a estudante Mirna Rodrigues Costa Guimarães, a professora orientadora Andréa Maria Duarte Vargas ou o professor co orientador João Henrique Lara do Amaral, no telefone (31) 3409-2470, ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, situado na Av. Pres. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II- 2º andar sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. CEP 31270-901. Telefax 31 3409 4592, coep@prpq.ufmg.br.

() Eu concordo em participar desse estudo.-.

APÊNDICE B - Questionário da Pesquisa


| Questionário da Pesquisa POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL: ESTUDO DOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO PROTÉTICA |
|--|
| A) Informações sobre o município: |
| 1-Nome do Município: |
| 2- Formação do Gestor do Município: |
| 3- Tempo de exercício do atual Gestor do Município: |
| B) Se o município <i>possui Laboratório de Prótese Dentária (LRPD)</i> credenciado pelo Ministério da Saúde, marque (V) para verdadeira, (F) para falsa e se não possuir LRPD marque (N). |
| 1- () A oferta de prótese do município é realizada nas Unidades Básicas de Saúde. |
| 2- () A oferta de prótese do município é realizada no Centro de Especialidades Odontológicas do município. |
| 3- () A oferta de prótese Odontológica é realizada em lugar distinto (citar). |
| 4- () O LRPD do município é de gestão pública. |
| 5- () O LRPD do município não é de gestão pública, é terceirizado. |
| 6- () O LRPD é terceirizado, mas o município também participa na gestão do serviço. |
| 7- () Um dos problemas enfrentados pelo município é o baixo financiamento dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária feito pelo Ministério da Saúde. |
| 8- () Um dos problemas enfrentados pelo município é a resistência dos Cirurgiões Dentistas da atenção primária em realizarem o serviço de oferta de prótese dentária. |
| 9- () Um dos problemas enfrentados pelos municípios é a necessidade de capacitação técnica dos Cirurgiões Dentistas para realizarem o serviço de oferta de prótese dentária. |
| 10- () Um dos problemas enfrentados pelos municípios é a baixa qualidade dos serviços prestados pelos LRPD. |
| 11- () Um dos problemas enfrentados pelos municípios é a falta de comprometimento dos LRPD em cumprir os prazos para entrega dos serviços. |

| |
|--|
| 12- () A manutenção do credenciamento do LRPD é dificultada pela baixa oferta de mão de obra do técnico de prótese dentária na região. |
| 13- () A manutenção do credenciamento do LRPD é dificultada pela rigidez da faixa de produção do Ministério da Saúde. |
| (C)- Se o município <u>possuía LRPD</u> , mas pela baixa produção <u>foi descredenciado</u> pelo Ministério da Saúde, marque (V) para verdadeira, (F) para falsa e, se não houve o descredenciamento do LRPD no município, marque (N). |
| 1- () a população não procurava pelo serviço, por desconhecimento. |
| 2- () a população não procurava pelo serviço, por insatisfação com a qualidade. |
| 3- () Havia atraso/ demora na entrega do serviço que comprometia o cumprimento da faixa de produção mensal. |
| 4- () Havia dificuldade com a técnica de confecção das próteses, por parte dos Laboratório de Prótese Dentária. |
| 5- () Havia dificuldade com a técnica de confecção das próteses, por parte dos Cirurgiões Dentistas. |
| 6- () O município enfrentou problemas com a oferta de mão de obra do técnico de prótese dentária. |
| 7- () Havia dificuldade com a demora na transferência do recurso financeiro por parte do Ministério da Saúde. |
| 8- () Havia problemas no lançamento da produção mensal dos LRPD no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS). |
| 9- () Não atentamos para possibilidade de o município perder o credenciamento do LRPD se não mantivesse a produção conforme a faixa que estava credenciado. |
| 10- () O baixo financiamento por parte do Ministério da Saúde dificultou a manutenção do serviço. |
| 11- () Houve outros motivos que levaram ao descredenciamento do LRPD (citar). |
| (D)- Se o município <u>não possui LRPD</u> credenciado pelo Ministério da Saúde, marque (V) para verdadeira, (F) para falsa e (N) não se aplica. |
| 1- () Não procurou pelo credenciamento do LRPD no município por desconhecimento. |
| 2- () As orientações disponíveis no site do Ministério da Saúde sobre o processo de |

| |
|---|
| credenciamento do LRPD não são claras e por isso ainda não solicitamos. |
| 3-() Faltam orientações complementares por parte das Superintendências/ Gerências Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde sobre o processo de credenciamento do LRPD. |
| 4-() Na minha cidade não possui técnico de prótese dentária com interesse para ofertar o serviço, por isso ainda não solicitamos o credenciamento. |
| 5-() A faixa de produção mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde é difícil de ser cumprida pelos municípios de baixo porte populacional, por isso ainda não solicitamos o credenciamento. |
| 7-() O Ministério da Saúde demora atender a solicitação de credenciamento de LRPD, pois o município já solicitou o credenciamento e ainda não foi atendido. |
| 8-() Os Cirurgiões Dentistas do município não se dispõem a realizar próteses odontológicas, por isso ainda não atentamos para essa necessidade no município. |
| 9-() Priorizamos a oferta de outros serviços no município e por isso ainda não solicitamos o credenciamento. |
| 10-() outro motivo levou ao não credenciamento do LRPD em meu município (Citar). |

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

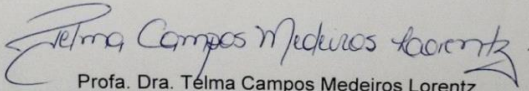
Projeto: CAAE – 33565414.9.0000.5149

Interessado(a): Profa. Andréa Maria Duarte Vargas
Departamento de Odontologia Social e Preventiva
Faculdade de Odontologia - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 13 de outubro de 2014, o projeto de pesquisa intitulado "**Política Nacional de Saúde Bucal: estudo dos serviços especializados de prótese dentária em Minas Gerais**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;


O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.



Profa. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz
Coordenadora do COEP-UFMG

Av. Pres. Antonio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II - 2º andar – Sala 2005 – Cep:31270-901 – BH-MG
Telefax: (031) 3409-4592 - e-mail: cosp@prpq.ufmg.br

ANEXO B - Submissão do artigo à Revista Ciência & Saúde Coletiva-

 Ciência & Saúde Coletiva

Submission Confirmation



Thank you for submitting your manuscript to *Ciência & Saúde Coletiva*.

Manuscript ID: CSC-2015-1017





Title: Política Nacional de Saúde Bucal: Estudo dos serviços de Prótese Dentária no Estado de Minas Gerais- Brasil. National Policy for Oral Health: Study of prosthetic rehabilitation services in the State of Minas Gerais - Brazil

Authors: Guimarães, Mirna
Pinto, Rafaela
Amaral, João Henrique
Vargas, Andréa Maria

Date Submitted: 09-Jun-2015

 Print  Return to Dashboard

© Thomson Reuters | © ScholarOne, Inc., 2014. All Rights Reserved.
ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.
ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

 @ScholarOneNews |  System Requirements |  Privacy Statement |  Terms of Use

ANEXO C - Normas da Revista Ciência & Saúde Coletiva

Instruções para colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.

- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev. Port. Clín. Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf.

Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e

palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente

contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Ilustrador ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de

mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”. As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

- Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

- Instituição como autor.

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

- Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

- Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

- Indicação do tipo de texto, se necessário.

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

- Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

- Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

- Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

- Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

- Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

- Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

- Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

- Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

- Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

- Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

- Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

- Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

- Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Sys

6 PRODUÇÕES INTELECTUAIS DESENVOLVIDAS DURANTE O CURSO

6.1 Produções Técnicas

- Guimarães, M R C. Coordenação da Capacitação de Profissionais da Odontologia Brasileira Vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) para a Atenção e o Cuidado da Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência no âmbito do Estado de Minas Gerais, 2013-2015.
- Secretaria de Estado da Saúde (Minas Gerais) Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.676, de 10 de dezembro de 2013, que institui a Rede de Atenção à Saúde Bucal no SUS-MG e dá outras providências. Diário Oficial de Minas Gerais, 2013.

- Secretaria de Estado da Saúde (Minas Gerais) Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.540, de 21 de agosto de 2013, que aprova as normas gerais de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do processo de concessão do incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de serviços de assistência odontológica com uso de anestesia geral ou sedação em ambiente hospitalar no Estado de Minas Gerais, 2013.
- Secretaria de Estado da Saúde (Minas Gerais) Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.725, de 18 de fevereiro de 2014, que aprova as normas gerais para realização do módulo prático da Capacitação de Profissionais da Odontologia Brasileira Vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) para a Atenção e o Cuidado da Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência no âmbito do Estado de Minas Gerais e dá outras providências, 2014.

6.2 Produções Científicas

6.2.1 Conferencista de Mesa Temática

- Guimarães, M R C. Inserção da Odontologia Hospitalar e seu financiamento: Financiamento Estadual para a odontologia e em UTI. 2015. Belo Horizonte. Minas Gerais. Anais XIV Congresso Mineiro de Medicina Intensiva e do II Congresso Mineiro de Nutrição em Terapia Intensiva.

6.2.2 Comunicação Oral em Congresso

- Sousa, G J; Neves, A F; Leal, D L; A Diniz, G S; Silva J S; Guimarães, M R C; Pinto, R S; Braga, W T; Organização da assistência às pessoas com deformidades crânio faciais no estado de Minas Gerais. 2015, Goiânia. Goiás. Anais do 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.

6.2.3 Apresentação de Pôster em Congresso

- Guimarães, M R C; Amaral, J H L; Vargas, A M D; Oferta De Prótese Dentária Em Minas Gerais No Período De 2009 A 2013. 2014, Vitória. Espírito Santo. Anais do XI Congresso Brasileiro de Epidemiologia.