

PATRÍCIA AZEVEDO LINO

**ANÁLISE DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM
ODONTOLOGIA NO ESTADO DE MINAS
GERAIS**

**FACULDADE DE ODONTOLOGIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
BELO HORIZONTE**

2013

Patrícia Azevedo Lino

ANÁLISE DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM ODONTOLOGIA NO ESTADO DE MINAS GERAIS

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

Orientador: Prof. Dr. Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu

Coorientadora: Prof^a. Dra. Simone Dutra Lucas

Colaborador: Prof. Dr. Marcos Azeredo Furquim Werneck

Belo Horizonte

Faculdade de Odontologia da UFMG

2013

FICHA CATALOGRÁFICA

D795a 2013 T	<p>Lino, Patrícia Azevedo. Análise da atenção secundária em odontologia no estado de Minas Gerais / Patrícia Azevedo Lino. – 2013.</p> <p>62 f. : il.</p> <p>Orientador: Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu. Co-orientadora: Simone Dutra Lucas.</p> <p>Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia.</p> <p>1. Atenção secundária à saúde. 2. Inquéritos de saúde bucal. I. Abreu, Mauro Henrique Nogueira Guimarães de. II. Lucas, Simone Dutra. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. IV Título.</p>
--------------------	---



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



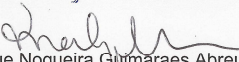
FOLHA DE APROVAÇÃO

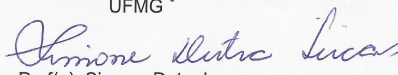
**ANÁLISE DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM ODONTOLOGIA NO
ESTADO DE MINAS GERAIS**

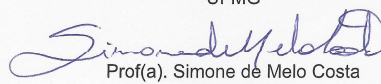
PATRICIA AZEVEDO LINO

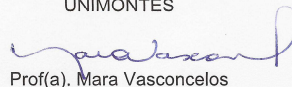
Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ODONTOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em ODONTOLOGIA, área de concentração SAÚDE COLETIVA.

Aprovada em 25 de junho de 2013, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Mauro Henrique Nogueira Guimarães Abreu - Orientador
UFMG


Prof(a). Simone Dutra Lucas
UFMG


Prof(a). Simone de Melo Costa
UNIMONTES


Prof(a). Mara Vasconcelos
UFMG

*Belo Horizonte, 25 de junho de 2013.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA PATRICIA AZEVEDO LINO

Realizou-se, no dia 25 de junho de 2013, às 14:00 horas, Faculdade de Odontologia da UFMG - Sala 3403, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada **ANÁLISE DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM ODONTOLOGIA NO ESTADO DE MINAS GERAIS**, apresentada por PATRICIA AZEVEDO LINO, graduada no curso de ODONTOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em ODONTOLOGIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Mauro Henrique Nogueira Guimarães Abreu - Orientador (UFMG), Prof(a). Simone Dutra Lucas (UFMG), Prof(a). Simone de Melo Costa (UNIMONTES), Prof(a). Mara Vasconcelos (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

- Aprovada
 Aprovada condicionalmente, sujeita a alterações, conforme folha de modificações, anexa

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
 Belo Horizonte, 25 de junho de 2013.

Mauro Henrique Nogueira Guimarães Abreu
 Prof(a). Mauro Henrique Nogueira Guimarães Abreu
 Doutor - UFMG

Simone Dutra Lucas
 Prof(a). Simone Dutra Lucas
 Doutor - FIOCRUZ

Simone de Melo Costa
 Prof(a). Simone de Melo Costa
 Doutor - UFMG

Mara Vasconcelos
 Prof(a). Mara Vasconcelos
 doutor - UFF

Confere com o original
 25/06/2013

Secretaria do Colegiado do
 Programa de Pós-Graduação em Odontologia
 Faculdade de Odontologia da UFMG

Em 25/06/2013

Ass: *Mara Vasconcelos*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que é capaz de transformar choro em sorriso, dor em força, fraqueza em fé e sonho em realidade.

Aos meus pais e meus irmãos que sempre estiveram presentes em minha vida, dando força para sempre continuar. Incentivaram, torceram, apoiaram a busca pelo crescimento pessoal e profissional.

A todos meus amigos que torceram por mim, que me deram força em todos os momentos dessa caminhada.

Muito obrigada a todos.

HOMENAGENS

Ao professor Mauro, por sua paciência, competência e disponibilidade durante todas as fases e que contribuiu imensamente para conclusão do trabalho. Aos professores Simone Dutra e Marcos Werneck por todo apoio e atenção.

Aos meus queridos colegas de mestrado Alessandra, Andreia, Daniele, Daniella, Emílio, Luiza Valéria e Marco Tulio, pelo companheirismo. Com certeza esse grupo é especial.

A todos os professores e funcionários da UFMG que, de alguma forma, contribuíram para esta conquista.

Aos meus atuais e ex-colegas de serviços, que contribuíram com conhecimentos e apoio durante todo o tempo. Em especial, Davidson Silva (SES-MG) que contribuiu imensamente com seus conhecimentos e amizade.

RESUMO

Este estudo descreveu e analisou os procedimentos especializados ambulatoriais nas áreas de periodontia, endodontia e cirurgia bucal em Minas Gerais, 2010. Utilizou-se dados secundários dos procedimentos realizados nos estabelecimentos de saúde e registrados no Sistema de Informação do Sistema Único de Saúde. A análise descritiva e bivariada foi realizada, considerando $p < 0,05$. Foram executados 707.559 procedimentos em 2.547 unidades de saúde distribuídas em 693 (81%) municípios. Desses procedimentos, 55% são da área de cirurgia, e 28% da periodontia e 17% são da endodontia. As unidades são predominante públicas, sob administração municipal, 52,5% possuem alguma equipe de saúde bucal (ESB), 96,9% não tem habilitação como Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Os CEO são mais eficientes que as demais unidades ($p < 0,001$), mas há importante percentual que não cumpre as metas do Ministério da Saúde. Os municípios que possuem CEO possuem maior população, mais ESB, menor cobertura potencial pelas ESB e melhores IDH. Um significativo número procedimentos especializados é realizado, especialmente em estabelecimentos de atenção básica. CEO são mais eficientes do que os não CEO, considerando-se a média de procedimentos realizados. As metas de produção mínima são cumpridas por uma minoria de CEO.

PALAVRAS-CHAVE: atenção secundária, avaliação em saúde, saúde bucal.

ANALYSIS OF SECONDARY CARE IN ORAL HEALTH IN THE STATE OF MINAS GERAIS

ABSTRACT

This study aimed to describe and analyze specialized outpatient procedures in periodontics, endodontics and oral surgery performed in the State of Minas Gerais, 2010. Secondary data of the procedures performed in healthcare facilities and registered in the Information System of the Unified Health System. Descriptive and bivariate analysis was performed, considering $p < 0.05$. 707,559 procedures were performed in 2,547 health units distributed in 693 (81%) counties in the State. Of these procedures, 55% are from the area of surgery, and 28% of periodontics and 17% are in endodontics. The units are predominantly public, under the municipal administration, 52.5% have some oral health team (OHT), 96.9% have no qualification as a Dental Specialty Centers (DSC). DSC are more efficient than the other units ($p < 0.001$), but there is a significant percentage that does not meet the goals of the Ministry of Health. Municipalities that have DSC have higher population, more OHT, lower potential coverage and better HDI. A significant number of specialized procedures are performed in the state of Minas Gerais, especially in primary care settings. CEO establishments are more efficient than non-CEO, considering the average number of procedures. The minimum production goals are met by a minority of CEO.

KEYWORDS: secondary care, health evaluation, oral health

SUMÁRIO

LISTA DE QUADRO	
LISTA DE TABELAS	
LISTA DE FIGURAS	
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	
1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	17
2 OBJETIVOS.....	21
2.1 OBJETIVO GERAL.....	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
3 HIPÓTESES.....	22
4 METODOLOGIA, RESULTADOS, DISCUSSÃO E CONCLUSÃO.....	23
5 REFERÊNCIAS.....	24
6 ARTIGO	27
ANEXOS.....	47
FIGURA 1: PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DOS BANCOS DE DADOS.....	47
FIGURA 2: DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DA FREQUÊNCIA DE CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS NAS MICRORREGIÕES DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2010.....	48
QUADRO 1: PROCEDIMENTOS PARA MONITORAMENTO MENSAL DE PRODUÇÃO, A SER REALIZADA NOS CEO, VERIFICADA POR MEIO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SUS, SEGUNDO CRITÉRIOS DA PORTARIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE GM Nº 2.898, DE 21 DE SETEMBRO DE 2010.....	49
NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NO PERIÓDICO <i>CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA</i>	55
COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO AO PERIÓDICO <i>CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA</i>	61
COMPROVANTE DO ACEITE DO ARTIGO AO PERIÓDICO <i>CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA</i>	62

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Procedimentos para monitoramento mensal de produção no período de setembro a dezembro de 2010, a ser realizada nos CEO, verificada por meio dos Sistemas de Informação do SUS, segundo critérios da Portaria do Ministério da Saúde GM N° 2.898, de 21 de setembro de 2010	49
----------	--	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Distribuição dos tipos de unidades de saúde que realizaram procedimentos de atenção secundária em saúde bucal em Minas Gerais, 2010	44
TABELA 2	Comparação entre produção de procedimentos odontológicos especializados entre os estabelecimentos classificados como CEO ou não, Minas Gerais, 2010	45
TABELA 3	Frequência relativa de estabelecimentos habilitados como CEO que não atingiram as metas de produtividade estabelecidas pelo Ministério da Saúde, Minas Gerais, 2010	45
TABELA 4	Comparação entre características dos municípios que possuem CEO ou não, Minas Gerais, 2010	46

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Processo de construção dos bancos de dados	47
FIGURA 2	Distribuição geográfica da frequência de Centros de Especialidades Odontológicas nas microrregiões do estado de Minas Gerais, 2010	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CIB-SUS/MG	Comissão Intergestora Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GM/MS	Gabinete do Ministro / Ministério da Saúde
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
Macro	Macrorregião
MG	Minas Gerais
Micro	Microrregião
MS	Ministério da Saúde
NHS	<i>National Health Service</i>
ONU-BR	Organização das Nações Unidas – Brasil
PDR/MG	Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PPI	Programação Pactuada e Integrada

PSF	Programa Saúde da Família
SES	Secretária de Estado de Saúde
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

No Brasil, a atenção odontológica ficou caracterizada, durante anos, por atender grupos populacionais restritos, através de programas voltados para o curativismo, tendo como resultado uma baixa cobertura, tanto no aspecto assistencial como populacional (OLIVEIRA e SALIBA, 2005). Falta de acesso a serviços odontológicos não é um problema exclusivo do Brasil. Harris (2003) em um estudo no Reino Unido relatou que um pequeno, mas significativo, número de pessoas no sul de Cheshire tinha problemas de acesso a cuidados odontológicos. Leake (2006), em um estudo sobre a organização e prestação de serviços de odontologia, afirmaram que apesar dos cuidados de saúde serem um direito do cidadão canadense, graves desigualdades no acesso aos cuidados de saúde bucal ainda persistem. Os autores consideravam a necessidade de se rever a política de saúde bucal do Canadá.

Na atual Política de Saúde Bucal do Brasil pretende-se reorganizar a atenção primária especialmente através das Equipes de Saúde Bucal (ESB) e Unidades Odontológicas Móveis na Estratégia de Saúde da Família (ESF); ampliar e qualificar a atenção especializada através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) e ofertar assistência odontológica na atenção terciária (SOUZA E RONCALLI, 2007; BRASIL, 2011).

A Saúde da Família surgiu como estratégia fundamental na reestruturação da atenção primária, em alguns casos proporcionando a extensão da cobertura para regiões sem nenhuma assistência à saúde, em outros, promovendo a inclusão de segmentos populacionais antes excluídos (MARSIGLIA *et al.*, 2005). A odontologia foi inserida no ESF pela Portaria Ministerial Nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios. Com isso, a saúde bucal tem como grande desafio reformular suas práticas para responder às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2000). A saúde bucal incorporada a ESF, além de ser vista como uma possibilidade de romper com os modelos anteriores, considera as famílias como núcleo social primário (SOUZA E RONCALLI, 2007).

Com a expansão da atenção primária e o conseqüente aumento da demanda por procedimentos com maior grau de complexidade, fazem-se necessários, também, investimentos que propiciem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção. Inicialmente, a expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou, no setor odontológico, a expansão da atenção primária (BRASIL, 2004). Segundo o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2011), a prestação de serviços de saúde bucal

no Brasil, até pouco tempo, se limitava a procedimentos de baixa densidade tecnológica, com reduzida realização de procedimentos de média e alta complexidade em saúde bucal. Até o lançamento do programa de saúde bucal do Ministério da Saúde, em 17 de março de 2004, apenas 3,3% dos atendimentos odontológicos feitos no SUS correspondiam a tratamentos especializados. Importante citar que a atual política de saúde bucal se embasou, epidemiologicamente, nos dados obtidos por meio do Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira – SB Brasil, concluído em 2003 (BRASIL, 2004).

A baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária compromete o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas de saúde (BRASIL, 2004). Morris e Burke (2001), em um estudo no Reino Unido, afirmaram que para ofertar serviços eficazes é imprescindível uma interface entre atendimento odontológico primário e secundário. Uma interface ideal seria: a) sem existência de barreiras para receber cuidados especializados depois de adequado encaminhamento pela atenção primária; b) serviços não disponíveis na atenção primária estariam disponíveis e acessíveis na atenção secundária; c) concluído o tratamento especializado os pacientes seriam enviados novamente à atenção primária (referência e contra-referência); d) a manutenção do tratamento.

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) com o objetivo de instrumentalizar os processos de planejamento e gestão da atenção à saúde adotou o Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG) (MINAS GERAIS, 2008). O PDR é um instrumento útil na organização e implementação dos serviços assistenciais. Divide o estado em macrorregiões sanitárias, cidades-pólo e microrregiões sanitárias. Essa divisão foi estabelecida em consenso com as três esferas do governo, ajudando na organização do acesso dos cidadãos a todos os níveis da atenção, a partir do atendimento o mais próximo possível de suas residências. Isso possibilita a otimização de recursos financeiros, de forma a atender o maior número de pessoas sem gerar desperdícios e promover o controle social do sistema. Idealmente o usuário do sistema deve encontrar serviços de atenção primária em seu município, de atenção secundária dentro da microrregião a que pertence e procedimentos de alta complexidade nos pólos macrorregionais (MINAS GERAIS, 2008).

Os CEO são estabelecimentos de saúde, classificados como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. São preparados para oferecer a população serviços de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, serviços de periodontia especializada, serviços de cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, serviços de endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais (BRASIL, 2011).

A cada momento do processo, a organização da assistência passa por novas modificações, mudando as legislações de acordo com as necessidades encontradas e possibilidades do governo. Inicialmente foi expandida a cobertura da atenção primária. Posteriormente, se pensou no estímulo a expansão da atenção especializada, bem como o estabelecimento de propostas para organização em rede da atenção à saúde bucal. Mas, para um adequado funcionamento do sistema é necessário também seu controle e avaliação.

Houve, nos últimos anos, um avanço nos mecanismos e instrumentos de acompanhamento e avaliação utilizados pelas instancias gestoras do SUS. Os sistemas de informação também se diversificaram, disponibilizando um leque amplo de dados que tendem a ser mais integrados. Ainda que sob forte regulação federal, percebe-se uma busca de serem estabelecidas instâncias de negociação entre os gestores, com um planejamento mais comunicativo (CONILL, 2004). Dentre os vários instrumentos de acompanhamento e avaliação em saúde pode-se citar como exemplos o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), indicadores e parâmetros assistenciais de cobertura e produtividade, manuais dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares (SIA e SIH), mecanismos de acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e da programação dos estabelecimentos, portarias técnicas (TOMIMATSU, 2006).

Os mesmos aspectos que envolvem a avaliação de serviços e dos sistemas de saúde se aplicam ao esforço para avaliar a integralidade (CONILL, 2004). O objetivo de garantir serviços de saúde integrais surgiu com a expansão das políticas sociais e dos sistemas de saúde na primeira metade do século XX. No âmbito das democracias ocidentais, a criação do *National Health Service (NHS)*, no Reino Unido, é o exemplo mais expressivo desse ideal regulatório nas políticas de saúde. No Brasil, parece predominar uma percepção ampliada da diretriz da integralidade, significando, além da gama de serviços, um caráter contínuo e coordenado. Nota-se também uma preocupação em focar os cuidados e as condições de gestão que o determinam.

Avaliar significa fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes ajudando na tomada de decisão (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). A avaliação constitui um instrumento essencial de apoio à gestão pela sua capacidade de melhorar a qualidade da tomada de decisão, mas seu uso ainda é incipiente na gestão de serviços de saúde (HABICHT, VICTORA, VAUGHAN, 1999; CONTANDRIOPOULOS, 2006). A avaliação fornece elementos que subsidiam a tomada de decisão, propiciando o aumento da eficiência, eficácia e efetividade das atividades desenvolvidas (TANAKA E TAMAKI, 2012).

Avaliar a atenção secundária em saúde bucal, prestada pelo SUS em Minas Gerais, seria até bem pouco tempo difícil, visto que eram poucos os locais onde esse tipo de assistência à saúde existia. Após definições políticas que aumentaram o aporte de recursos e possibilitaram o crescimento dessa rede (KORNIS *et al.*, 2011), conhecê-la e analisá-la tornou-se um passo necessário.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Descrever e analisar os procedimentos odontológicos considerados de atenção secundária pela PNSB no SUS do Estado de Minas Gerais.

2.2 Objetivos específicos

- a) Identificar e caracterizar as unidades de saúde do tipo CEO e outras que realizam procedimentos odontológicos especializados no Estado, bem como características dos municípios onde estão implantadas.
- b) Comparar os municípios com habilitação para CEO com os demais municípios que realizam procedimentos especializados sem habilitação para CEO, em relação à cobertura da atenção primária, tipo de procedimentos de atenção secundária e características do município.
- c) Verificar o cumprimento da produção mínima estabelecida pelo MS nos CEO.

3 HIPÓTESES

- a) Existência de diversos tipos de estabelecimentos de saúde bucal que realizam procedimentos especializados em saúde bucal. Municípios com diversas características realizam esses procedimentos.
- b) Há diferenças na cobertura da atenção primária, nos procedimentos de atenção secundária e nas características organizacionais dos municípios com e sem CEO.
- c) A maioria dos CEO implantados apresenta a produção mínima mensal estabelecida pelo MS.

4 METODOLOGIA, 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*. Os comprovantes de submissão e do aceite se encontram em anexo.

5 REFERÊNCIAS (Considerações iniciais)

1. Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Cien Saude Colet* 2005; 10(Supl.):297-302.
2. Harris R. Access to NHS dentistry in South Cheshire: a follow up of people using telephone helplines to obtain NHS dental care. *Br Dent J* 2003; 195(8):457-461.
3. Leake JL. Why Do We Need an Oral Health Care Policy in Canada? *J Can Dent Assoc*. 2006; 72(4):317-317j.
4. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa de Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saude Publica* 2007; 23(11): 2727-2739.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Brasil Sorridente. Brasília. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=406. Acesso em: maio de 2011.
6. Marsiglia RMG, Silveira C, Carneiro Junior N. Políticas sociais: desigualdade e focalização na saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade* 2005; 14(2):69-76.
7. Brasil, Ministério da Saúde: Portaria Nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 2000; seção 1:85, 29 dez.
8. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, 2004. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/CNSB/brasil_sorridente.php. Acesso em: maio de 2011.

9. Brasil, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal: Brasil Sorridente. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/CNSB/brasil_sorridente.php. Acesso em: maio de 2011.
10. Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? *Br Dent J* 2001; 191(12):666-670.
11. Minas Gerais, Secretaria Estadual de Saúde. Políticas de Saúde. Plano Diretor de Regionalização- PDR. Disponível em: www.saude.mg.gov.br. Acesso em: maio de 2011.
12. Brasil, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasil Sorridente. Centros de Especialidades e Laboratórios de Próteses. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/CNSB/especialidades.php>. Acesso em: maio de 2011.
13. Conill EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(5):1417-1423.
14. Tomimatsu MF. Instrumentos de Regulação. *Texto produzido para projeto de qualificação de gestores da 17ª CRS/RS*, 2006. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/nesco/regesus/arquivos/Txt%2011.doc>. Acesso em: maio de 2011.
15. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis J-L, Pineault R. *Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos*. In: Hartz Z, organizadora. Avaliação em saúde- Fiocruz; 1997, p. 29-47.
16. Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int J Epidemiol* 1999; 28(1):10-18.

17. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):705-711.
18. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Cien Saude Colet* 2012; 17(4):821-828.
19. Kornis GEM, Maia LS, Fortuna RFP. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2011; 21(1):197-215.

6 ARTIGO

Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil

Analysis of secondary care in oral health in the state of Minas Gerais, Brazil

Patrícia Azevedo Lino

Departamento de Odontologia Social e Preventiva.

Universidade Federal de Minas Gerais

Av. Antônio Carlos, 6627 CEP 31270.901 Belo Horizonte – Minas Gerais, Brasil

e-mail: patricia_azevedolino@yahoo.com.br

Marcos Azeredo Furquim Werneck

Departamento de Odontologia Social e Preventiva.

Universidade Federal de Minas Gerais

Av. Antônio Carlos, 6627 CEP 31270.901 Belo Horizonte – Minas Gerais, Brasil

e-mail: mfurquim52@gmail.com

Simone Dutra Lucas

Departamento de Odontologia Social e Preventiva.

Universidade Federal de Minas Gerais

Av. Antônio Carlos, 6627 CEP 31270.901 Belo Horizonte – Minas Gerais, Brasil

e-mail: simonedlucas@gmail.com

Mauro Henrique Nogueira Guimarães Abreu

Departamento de Odontologia Social e Preventiva.

Universidade Federal de Minas Gerais

Av. Antônio Carlos, 6627 CEP 31270.901 Belo Horizonte – Minas Gerais, Brasil

e-mail: maurohenriqueabreu@ig.com.br

Endereço para correspondência

Resumo

Este estudo descreveu e analisou os procedimentos especializados ambulatoriais nas áreas de periodontia, endodontia e cirurgia bucal em Minas Gerais, 2010. Utilizou-se dados secundários dos procedimentos realizados nos estabelecimentos de saúde e registrados no Sistema de Informação do Sistema Único de Saúde. A análise descritiva e bivariada foi realizada, considerando $p < 0,05$. Foram executados 707.559 procedimentos em 2.547 unidades de saúde distribuídas em 693 (81%) municípios. Desses procedimentos, 55% são da área de cirurgia, e 28% da periodontia e 17% são da endodontia. As unidades são predominante públicas, sob administração municipal, 52,5% possuem alguma equipe de saúde bucal (ESB), 96,9% não tem habilitação como Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Os CEO são mais eficientes que as demais unidades ($p < 0,001$), mas há importante percentual que não cumpre as metas do Ministério da Saúde. Os municípios que possuem CEO possuem maior população, mais ESB, menor cobertura potencial pelas ESB e melhores IDH. Um significativo número procedimentos especializados é realizado, especialmente em estabelecimentos de atenção básica. CEO são mais eficientes do que os não CEO, considerando-se a média de procedimentos realizados. As metas de produção mínima são cumpridas por uma minoria de CEO.

Palavras-chave

Atenção secundária, Avaliação em saúde, Saúde bucal.

Abstract

This study aimed to describe and analyze specialized outpatient procedures in periodontics, endodontics and oral surgery performed in the State of Minas Gerais, 2010. Secondary data of the procedures performed in healthcare facilities and registered in the Information System of the Unified Health System. Descriptive and bivariate analysis was performed, considering $p < 0.05$. 707,559 procedures were performed in 2,547 health units distributed in 693 (81%) counties in the State. Of these procedures, 55% are from the area of surgery, and 28% of periodontics and 17% are in endodontics. The units are predominantly public, under the municipal administration, 52.5% have some oral health team (OHT), 96.9% have no qualification as a Dental Specialty Centers (DSC). DSC are more efficient than the other units ($p < 0.001$), but there is a significant percentage that does not meet the goals of the Ministry of Health. Municipalities that have DSC have higher population, more OHT, lower potential coverage and better HDI. A significant number of specialized procedures are performed in the state of Minas Gerais, especially in primary care settings. CEO establishments are more

efficient than non-CEO, considering the average number of procedures. The minimum production goals are met by a minority of CEO.

Keywords

Secondary care, Health evaluation, Oral health.

Introdução

No Brasil, a atenção odontológica ficou caracterizada, durante anos, por atender grupos populacionais restritos, através de programas voltados para o curativismo, tendo como resultado uma baixa cobertura, tanto no aspecto assistencial como populacional¹. A falta de acesso a serviços odontológicos não é um problema exclusivo do Brasil. Harris², em um estudo no Reino Unido, relatou que um pequeno, mas significativo, número de pessoas no sul de Cheshire apresentava problemas de acesso a cuidados odontológicos. Leake³, em um estudo sobre a organização e prestação de serviços de odontologia, afirmaram que apesar dos cuidados de saúde serem um direito do cidadão canadense, graves desigualdades no acesso aos cuidados de saúde bucal ainda persistem. No Brasil, a atual Política Nacional de Saúde Bucal visa à reorganização da atenção primária especialmente através das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Unidades Odontológicas Móveis. Visa também ampliação e qualificação da atenção especializada através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) e a oferta de assistência odontológica na atenção terciária^{4,5}.

Para um adequado funcionamento de um sistema de saúde é necessária a oferta de serviço em todos os níveis, sendo a atenção primária a principal porta de entrada ao sistema. No Brasil, a prestação de serviços de saúde bucal apresentou sensível expansão dos níveis primário e secundário, com ênfase para o primeiro⁶. Em um sistema de saúde é necessário que haja uma eficiente interface entre atendimento odontológico primário e secundário^{7,8}, ou seja, não basta apenas existência dos níveis de atenção, mas também interlocução entre esses níveis.

A atenção secundária em odontologia no Sistema Único de Saúde pode ser realizada em diversas instituições públicas e privadas. Os CEO são estabelecimentos públicos de saúde, classificados como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. São preparados para oferecer à população serviços de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, serviços de periodontia especializada, serviços de cirurgia oral

menor dos tecidos moles e duros, serviços de endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais⁹.

Nos últimos anos houve um avanço nos mecanismos e instrumentos de acompanhamento e avaliação utilizados pelas instancias gestoras do Sistema Único de Saúde. Os sistemas de informação também diversificaram, disponibilizando um leque amplo de dados que tendem a ser mais integrados. Ainda que sob forte regulação federal, percebe-se uma busca pelo estabelecimento de instâncias de negociação entre os gestores, com um planejamento mais comunicativo¹⁰. Dentre os vários instrumentos de acompanhamento e avaliação em saúde pode-se citar, como exemplos, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), os indicadores e parâmetros assistenciais de cobertura e produtividade, os manuais dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares (SIA e SIH) dentre outros¹¹.

Avaliar a atenção secundária em saúde bucal, prestada pelo SUS em Minas Gerais, até bem pouco tempo, seria difícil, visto que eram escassos os locais onde esse tipo de assistência à saúde existia. Após definições políticas que aumentaram o aporte de recursos e possibilitaram o crescimento dessa rede¹², conhecê-la e analisá-la tornou-se um passo necessário. Assim, este estudo objetivou descrever e analisar os procedimentos odontológicos considerados de atenção secundária pela Política Nacional de Saúde Bucal no SUS no Estado de Minas Gerais. O estudo identificou e descreveu as unidades de saúde do tipo CEO e outras que realizam procedimentos odontológicos especializados no Estado. Descreveu as características dos municípios onde estão implantadas. Comparou os municípios com habilitação para CEO com os demais municípios que realizam procedimentos especializados sem habilitação para CEO, em relação à cobertura da atenção primária, procedimentos de atenção secundária e características do município. Finalmente, objetivou-se verificar o cumprimento da produção mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde (MS) nos CEO.

Métodos

Para analisar a assistência secundária em saúde bucal em Minas Gerais foram utilizados os dados disponíveis nos sistemas de informação em saúde brasileiros¹³. Minas Gerais localiza-se na região Sudeste e, de acordo com o censo de 2010, é o segundo estado brasileiro mais populoso, com 19.597.330 habitantes¹⁴.

Os dados de produção são armazenados nos Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) de onde foi feita a coleta de dados, diretamente no banco de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). As informações foram

acessadas em dezembro de 2011 e a tabulação foi feita através do Programa Tab para Windows – Programa TABWIN do MS.

Todas as unidades de saúde que realizavam procedimentos considerados especializados nas áreas de endodontia, periodontia e cirurgia pela Política Nacional de Saúde Bucal¹⁵ foram incluídas na análise. Vale resaltar que, no grupo da cirurgia encontram-se os procedimentos de cirurgia oral menor como, por exemplo, aqueles associados à especialidade de estomatologia. Não foram analisados os procedimentos relacionados aos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, a ortodontia e a implantodontia, pois as políticas de incentivo aconteceram após o ano de análise da pesquisa. Os procedimentos para pacientes com necessidades especiais não foram analisados por serem, na maioria das vezes, procedimentos da atenção primária, sendo difícil distinguir quais foram realizados fora dos Centros de Especialidades Odontológicas.

O primeiro passo foi levantar a produção de procedimentos especializados ambulatoriais em Minas Gerais segundo estabelecimento de saúde constante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O período de produção DATASUS analisado foi de janeiro a dezembro de 2010. Com a lista de estabelecimentos que apresentaram produção no período, foram coletadas variáveis relacionadas a esses estabelecimentos e variáveis relacionadas aos municípios onde estão localizadas. Foram excluídas as unidades de saúde que não apresentaram qualquer uma destas variáveis (Figura 1). Dois bancos de dados foram construídos: um para as variáveis no nível das unidades de saúde e outro para variáveis dos municípios.

As variáveis medidas no nível das unidades de saúde e municípios estão descritas na Figura 1.

Os bancos de dados foram exportados para o programa *Statistical Package for the Social Science* versão 19.0 (SPSS 19.0). A análise descritiva envolveu cálculo de proporções, medidas de tendência central e variabilidade. Para avaliação da normalidade das variáveis quantitativas nos dois bancos foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Foi utilizado o teste de Mann-Whitney para comparar a produção dos procedimentos especializados entre as unidades classificadas ou não como CEO. O mesmo teste foi utilizado para comparar as variáveis população do município, número de ESB I (cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal), ESB II (cirurgião-dentista, técnico de saúde bucal e auxiliar de saúde bucal), ESB I e II, cobertura potencial das ESB, IDH 1991, IDH 2000 entre municípios com e sem CEO. O nível de significância estatística adotado foi $p < 0,05$.

Resultados

Características dos estabelecimentos de saúde

No ano de 2010, em Minas Gerais, foram executados 707.559 procedimentos bucais especializados ambulatoriais, considerados de atenção secundária pela Política Nacional de Saúde Bucal. Esses procedimentos foram produzidos em 2.547 unidades de saúde distribuídas em 693 municípios, de um total de 853 municípios do estado. Foram realizados 388.955 procedimentos cirúrgicos, 118.836 procedimentos endodônticos e 199.768 procedimentos periodontais. Não houve distribuição normal para os procedimentos especializados avaliados ($p < 0,001$).

Das 2.547 unidades de saúde que produziram algum tipo de procedimento especializado no ano de 2010, 1.779 (69,85%) foram classificadas como Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde (Tabela 1).

Da classificação administrativa, 2.404 (94,4%) estabelecimentos estão sob administração da esfera municipal, 118 (4,6%) sob administração privada, 16 (0,6%) sob administração estadual e 9 (0,4%) sob administração federal.

Apenas 87 unidades (3,4%) possuem alguma atividade de ensino cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. A maioria das unidades é da administração direta das Secretarias Municipais de Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde ou do Ministério da Saúde ($n=2.381$ unidades, 93,5%). Das 2.547 unidades estudadas, 1.336 (52,5%) unidades de saúde possuem alguma equipe de saúde bucal cadastrada, ou seja, são estabelecimentos que aderiram à Estratégia de Saúde da Família e prioritariamente deveriam oferecer à população procedimentos da atenção primária em saúde. A maioria das unidades de saúde ($n=2469$, 96,9%) não são CEO. Sendo 24 unidades de saúde (0,9%) CEO do tipo I, 53 unidades de saúde (2,1%) CEO tipo II, e apenas uma unidade de saúde CEO tipo III. Ou seja, dos 2.547 estabelecimentos, 78 possuem habilitação como CEO, sendo que 70 foram habilitados até dezembro de 2009 e oito após esse ano.

Houve diferenças entre a quantidade de procedimentos produzidos em cada uma das especialidades entre as unidades habilitadas como CEO e não CEO ($p < 0,001$). Quando foram avaliados todos os estabelecimentos, inclusive os habilitados como CEO após dezembro de 2009 ($n=78$), a mediana de produção nas unidades de saúde que não possuem habilitação com CEO foi 16 procedimentos em cirurgia, zero em endodontia e periodontia. Para unidades que possuem habilitação como CEO a mediana foi 925,50 procedimentos de cirurgia, 374,50 em endodontia e 721,50 em periodontia ($p < 0,001$) (Tabela 2). Quando essa comparação é realizada com os estabelecimentos que foram habilitados para CEO até dezembro de 2009

(n=70), observou-se que nas unidades que possuem habilitação como CEO a mediana foi 937,00 procedimentos de cirurgia, 380,00 em endodontia e 730,50 em periodontia ($p < 0,001$) (Tabela 2).

Em relação ao cumprimento das metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, a Tabela 3 cita a frequência relativa de estabelecimentos que não atingiram.

Características dos municípios

Com relação à população dos municípios mineiros, 50% têm até 8.003 habitantes. Dos 853 municípios, 163 (19,1%) não possuem nenhuma equipe de saúde bucal (ESB) implantada, 579 (67,9%) possuem pelo menos uma equipe de saúde bucal tipo I (equipe com cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal), 230 (27%) possuem pelo menos uma equipe de saúde bucal tipo II (equipe com cirurgião-dentista, técnico em saúde bucal e auxiliar em saúde bucal).

A taxa de procedimentos especializados para cada 10.000 habitantes revelou que 160 municípios (18,8%) apresentaram taxa igual a zero, 50,9% apresentaram taxa de até 43 procedimentos para cada 10.000 habitantes (mediana 42). Com relação à especialidade de cirurgia, 170 municípios (19,9%) apresentaram taxa de procedimentos cirúrgicos iguais a zero, 50,5% dos municípios apresentaram taxa de até 26 procedimentos cirúrgicos por 10.000 habitantes (mediana 26). Com relação à endodontia, 657 municípios (77,0%) apresentaram taxa de procedimentos igual a zero para cada 10.000 habitantes durante o ano de 2010. Na periodontia, 646 municípios (75,5%) apresentaram taxa de procedimentos igual a zero.

A frequência de municípios que apresentam CEO foi 71, ou seja, apenas 8,3%. Ainda existem microrregiões de saúde que não possuem nenhum CEO (33,8%). As microrregiões com mais CEO são Belo Horizonte/Nova Lima/Caeté e Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas. As macrorregiões Centro, Norte e Sul junto concentram 50% dos CEO existentes no ano de 2010. Dos municípios que possuem CEO, 51% estão sob gestão municipal e 49% gestão dupla (Estado/Município), apenas 18,3% dos municípios são pólo de macrorregião e 63,4% são pólo de microrregião.

Existem diferenças estatisticamente significante entre os resultados quando se comparam os valores encontrados dos municípios com e sem CEO. Os municípios que apresentam CEO possuem mais habitantes, mais ESB I e II, menor cobertura potencial e melhores IDH (1991 e 2000) quando comparados aos que não possuem CEO (Tabela 4).

Discussão

Há um considerável número de procedimentos odontológicos especializados realizados no estado de Minas Gerais. Tais procedimentos são executados, majoritariamente, em estabelecimentos públicos da atenção primária, sem atividade de ensino. Os estabelecimentos cadastrados como CEO apresentaram maior eficiência, segundo conceito de Donabedian¹⁶, na execução de procedimentos especializados, apesar de não cumprirem a meta do governo brasileiro. A maioria dos municípios executa esses procedimentos, mas a taxa de procedimentos por habitantes é baixa. Poucos são os municípios que possuem CEO e esses apresentam maior população, maior número de ESB, menor cobertura da atenção primária em saúde bucal e melhor IDH se comparados aos municípios que não o possuem.

Tratando-se de avaliação em saúde, Donabedian¹⁶ propôs um modelo normativo de avaliação baseado em três componentes importantes do cuidado em saúde: estrutura, processo e resultado. No atual trabalho, avaliou-se estrutura (estabelecimentos de saúde) e processo (procedimentos executados).

A maioria dos procedimentos especializados é da área cirúrgica (55,0%), seguido da periodontia (28,2%) e, por último, os procedimentos da endodontia (16,8%). Um pouco mais que 50,0% dos municípios apresentaram taxa de até 43 procedimentos especializados para cada 10.000 habitantes e 18,8% dos municípios apresentaram taxa igual a zero nas três áreas. A situação das especialidades endodontia e periodontia é preocupante. Cerca de 77,0% dos municípios apresentaram taxa de procedimentos igual zero na especialidade de endodontia, e 75,5% em periodontia. Sanchez e Ciconelli¹⁷, num estudo sobre conceitos de acesso à saúde, citam que a incorporação de novas tecnologias na atenção especializada de países com cobertura universal aparece como alternativa interessante aos gestores de saúde. No caso da endodontia, a utilização de instrumentos rotatórios pode ser uma alternativa para agilizar a conclusão de tratamentos endodônticos¹⁸.

Mais de 80% dos municípios mineiros executaram algum procedimento especializado em saúde bucal no período de realização deste estudo. Apesar de grande porcentagem de municípios mineiros terem realizado procedimentos especializados, afirmar que quase todos os municípios possuem cobertura para procedimentos especializados em saúde bucal seria um equívoco, pois acontece uma dispersão na execução desses procedimentos em diversos estabelecimentos, mas não de forma eficiente¹⁶, ou seja, a produção em unidades não classificadas como CEO é mais baixa.

Com relação às características dos estabelecimentos de saúde, a maioria dos procedimentos foi realizada em unidades básicas de saúde e que aderiram à estratégia de saúde da família, o que é contrário ao direcionamento atual da política nacional de saúde bucal^{4,5}. Os estabelecimentos estão sob administração da esfera municipal em mais de 90% dos casos, o que significa que a política de descentralização/municipalização das ações e serviço públicos de saúde foi colocada em prática¹⁹.

Segundo Volpato e Scatena²⁰ a criação do SUS visava romper com o modelo até então existente, de caráter curativo, discriminatório e mercantilista. Quando os resultados apontam que, no estado de Minas Gerais, apenas 16 (0,6%) dos estabelecimentos estão sob administração privada, indica que o setor privado não exerce grande influência na prestação de serviços especializados em saúde bucal no SUS. Diferente da odontologia, na área médica a participação do setor privado na atenção especializada do SUS é significativa²¹. Nos últimos anos, na área médica, tem crescido a participação dos consórcios intermunicipais de saúde na prestação de serviços especializados²², fato não evidenciado na atenção secundária em odontologia em Minas Gerais.

As políticas atuais de saúde e educação deixam claro, em suas diretrizes, a importância do ensino em saúde estar próximo da realidade do SUS. Ressaltam a importância da academia formar profissionais de saúde que estejam preparados para lidar com a realidade da população²³. O presente estudo demonstrou que apenas 3,4% dos estabelecimentos possuíam alguma atividade de ensino cadastrada.

Apenas 3,1% dos estabelecimentos possuem habilitação como CEO, sendo que a maioria é CEO tipo II. Metade dos municípios mineiros apresenta menos de 10.000 habitantes, o que significa que provavelmente poucos recursos financeiros de média e alta complexidade são repassados para esses municípios. Assim, manter centros especializados pode se tornar inviável financeiramente. Além disso, constata-se que a maioria dos profissionais especializados concentra-se nos grandes centros urbanos. Figueiredo e Goes²⁴ encontraram resultados semelhantes no estado de Pernambuco, quando avaliaram apenas as unidades com habilitação para CEO, a maioria também era tipo II.

Em saúde, as realidades podem ser bastante distintas, mesmo dentro de um mesmo município²⁵. O presente estudo trabalhou os dados de estabelecimentos de saúde e de municípios, permitindo identificar diferenças regionais na atenção secundária em saúde bucal. Por se tratar de um estado com grande extensão territorial, o contraste entre as regiões de saúde é evidente. Observa-se a uma concentração de CEO em algumas regiões em contraste com os vazios

assistenciais em outras. Segundo o Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais, o usuário do sistema deve encontrar serviços de atenção secundária dentro da microrregião que reside²⁶. O CEO deve ter abrangência microrregional com base populacional, sendo que o tipo II teria capacidade instalada para atender população referenciada de até 130.000 habitantes²⁷. Os resultados demonstram que a maioria das microrregiões apresentam pelo menos um CEO. A grande área territorial, com realidades distintas entre municípios, pode também comprometer a referência intermunicipal. O tipo de instrumento de registro utilizado pelo SUS para esses procedimentos, não permitiu que fosse identificada a origem dos usuários atendidos no período do estudo. Uma mudança do tipo de instrumento de registro ambulatorial seria importante para monitoramento das pactuações intermunicipais, pois poderia favorecer a análise da eficiência dos CEO como abrangência microrregional.

Apesar da maioria dos procedimentos terem sido realizados em unidades de saúde sem habilitação para CEO, tendo como base os princípios de Donabedian¹⁶, os resultados do estudo indicam que os CEO são mais eficientes na execução de procedimentos especializados em saúde bucal. Os resultados também sugerem que o tempo decorrido desde a implantação pode interferir na eficiência dos CEO, ou seja, quando mais tempo em funcionamento, mais eficientes. Mesmo apresentando um desempenho favorável, os resultados desse estudo apontaram que grande parte dos CEO não atingiu as metas do Ministério da Saúde para as áreas de cirurgia, periodontia e endodontia. Berretta et al.⁸ propõem um modelo de avaliação da gestão municipal e consideram que a eficácia da gestão é a habilidade do gestor em tomar decisões para o atendimento das metas estabelecidas em documentos que dão as diretrizes para as ações em saúde no SUS. Nesse sentido, os resultados apontam para necessidade de revisão dessas metas²⁹ e/ou mudanças na gestão desses serviços.

Um ponto crítico, em relação às metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, seria o poder que cada serviço tem de direcionar a produção desses procedimentos no sentido de atingir essas metas. No caso de tratamento endodôntico, a meta deveria diferenciar os dentes a serem submetidos a tal tratamento, para que não se realize atendimentos de procedimentos menos complexos (dentes anteriores) em detrimento à maior necessidade da população (molares). Chaves e Silva³⁰ citaram que, no caso da atenção secundária, um sistema de remuneração fixa pode desencorajar os profissionais a cumprirem metas mínimas de oferta de serviços. Problemas de desempenho e com o cumprimento de metas pelos CEO já foram identificados em estudos anteriores^{24, 29}. Uma alternativa para estímulo ao cumprimento de metas poderia envolver prêmios de produtividade, reconhecendo o bom desempenho do profissional.

Não se deve pensar na atenção primária, sem a atenção secundária, pois as duas são essenciais para a integralidade da atenção em saúde bucal^{7, 25}. É fundamental que a atenção primária à saúde seja ofertada em todos os municípios. Nestes, ela deve funcionar como porta de entrada do sistema de saúde, assumindo a função de organizar o cuidado integral. Além disso, sua presença fortalece o processo de descentralização para o nível municipal³¹. Fica evidente que a expansão da atenção primária em saúde bucal nos municípios mineiros, por meio da Estratégia de Saúde da Família, está bem consolidada. Mais de 80% dos municípios já possuem pelo menos uma equipe de saúde bucal. Como a atenção bucal idealmente deve funcionar em rede³², ter uma cobertura adequada da atenção primária, favorece o sistema de referência e contra-referência entre atenção primária e secundária. A política de organização da atenção secundária nos CEO parece ser adequada. Em sua grande maioria, estes estabelecimentos estão situados em municípios pólo. No entanto, a menor cobertura da atenção primária nestes pólos é um aspecto que gera preocupação, uma vez que a atenção primária nestes municípios apresenta menor cobertura.

Os municípios que prestam atendimento especializado através dos CEO possuem, em números absolutos, mais ESB implantadas, mas quando é feita a correção pela população do município, ou seja, calculada a cobertura potencial possuem geralmente menor cobertura da atenção primária em saúde bucal. Possuem também melhor Índice de Desenvolvimento Humano quando comparado aos municípios sem CEO. No setor público, houve direcionamento dos recursos de acordo com as necessidades da população, e uma forma tem sido a utilização de indicadores sociais²⁵. Os resultados desse trabalho indicam que, no caso da atenção secundária, o direcionamento dos recursos foi para municípios que apresentam melhores indicadores, diferente do que acontece na atenção primária.

Se, por um lado, a utilização de dados secundários dos sistemas de informação em saúde pode ser considerada uma limitação deste estudo^{24, 33}, em termos de gestão, a facilidade de acesso às informações desses sistemas ajuda na apropriação de informações por parte do gestor, possibilitando a avaliação das políticas de saúde adotadas^{20, 24, 30, 34}. Segundo Tanaka e Tamaki³⁵, a incorporação da avaliação por aqueles que têm o poder de decisão e de implementar ações é condição essencial para institucionalizar a avaliação na gestão dos serviços em saúde. A gestão é uma prática administrativa complexa, nesse processo o gestor utiliza de conhecimentos, técnicas e procedimentos que lhe permitam conduzir o funcionamento dos serviços de saúde na direção dos objetivos definidos. Esforços por parte do Ministério da Saúde brasileiro para estímulo a apropriação do conhecimento científico na gestão da saúde já acontecem. Como exemplo podemos citar o projeto Pesquisa Saúde, que

tem como objetivo aproximar dos gestores o conhecimento científico produzido³⁶. A utilização dos dados dos serviços de saúde é relevante para avaliação da atenção secundária em saúde bucal no Sistema Único de Saúde, bem como de outros sistemas de saúde.

Conclusão

A quantidade de procedimentos especializados realizados no estado de Minas Gerais foi significativa. A maioria dos procedimentos de atenção especializada é realizada em estabelecimentos de atenção básica. Estabelecimentos CEO são mais eficientes do que os não CEO, considerando-se a média de procedimentos realizados. Os municípios que apresentam CEO possuem maior população e IDH, mais ESB I e II, mas menor cobertura potencial quando comparados aos que não possuem CEO. As metas de produção mínima são cumpridas por uma minoria de CEO.

Agradecimentos

MHNGA é pesquisador do CNPq.

Contribuições individuais de cada autor:

PAL foi responsável pela coleta, análise de dados e redação do artigo. MAFW contribuiu substancialmente para a construção do referencial teórico e na leitura crítica do artigo científico. SDL e MHNGA foram orientadores do trabalho, contribuindo com a construção do referencial teórico-metodológico, interpretação dos resultados e redação do artigo. Todos os autores revisaram e aprovaram a versão final do artigo.

Referências

1. Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Cien Saude Colet* 2005; 10(Supl.1):297-302.
2. Harris R. Access to NHS dentistry in South Cheshire: a follow up of people using telephone helplines to obtain NHS dental care. *Br Dent J* 2003; 195(8):457-461.
3. Leake JL. Why Do We Need an Oral Health Care Policy in Canada? *J Can Dent Assoc.* 2006; 72(4):317-317j.

4. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa de Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saude Publica* 2007; 23(11): 2727-2739.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Brasil Sorridente. Brasília. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=406. Acesso em: maio de 2011.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal: Brasil Sorridente. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/CNSB/brasil_sorridente.php. Acesso em: maio de 2011.
7. Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? *Br Dent J* 2001; 191(12):666-670.
8. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, 2004. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/CNSB/brasil_sorridente.php. Acesso em: maio de 2011.
9. Brasil, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasil Sorridente. Centros de Especialidades e Laboratórios de Próteses. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/CNSB/especialidades.php>. Acesso em: maio de 2011.
10. Conill EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(5):1417-1423.
11. Tomimatsu MF. Instrumentos de Regulação. *Texto produzido para projeto de qualificação de gestores da 17ª CRS/RS*, 2006. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/nesco/regesus/arquivos/Txt%2011.doc>. Acesso em: maio de 2011.

12. Kornis GEM, Maia LS, Fortuna RFP. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2011; 21(1):197-215.
13. Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. *DATASUS*. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em: dezembro de 2011.
14. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico 2010*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em janeiro de 2013.
15. Brasil, Ministério da Saúde: Portaria Nº 2.898 de 21 de setembro de 2010. Atualiza o Anexo da Portaria Nº600/GM/ MS, de 23 de março de 2006. *Diário Oficial da União* 2010, seção 1:84-86, 31 dez.
16. Donabedian A. *Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care*. Cambridge: Harvard University; 1973.
17. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 31(3):260–268.
18. Martins RC, Seijo MOS, Ferreira EF, Paiva SM, Ribeiro Sobrinho AP. Dental Students' Perceptions about the Endodontic Treatments Performed Using NiTi Rotary Instruments and Hand Stainless Steel Files. *Braz Dent J* 2012; 23(6): 729-736.
19. Mello GA, Viana ALD. Uma história de conceitos na saúde pública. *História, Ciências, Saúde* 2012; 19(4):1219-1239.
20. Volpato LER, Scatena JH. Análise da política de saúde bucal do Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, a partir do banco de dados do Sistema de Informações

- Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). *Epidemiol Serv Saúde* 2006; 15:47-55.
21. Matos CA, Pompeu JC. Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. *Cienc Saude Colet* 2003; 8(2): 629-643.
22. Nicoletto SCS, Cordoni Junior L, Costa NR. Consórcios intermunicipais de saúde do Paraná. *Cad Saude Publica* 2005, 21(1):29-38.
23. Siqueira-Batista R, Gomes AP, Albuquerque VS, Cavalcanti FOL, Cotta RMM. Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? *Cienc Saude Coletiva* 2013; 18(1):159-170.
24. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(2): 259-267.
25. Junqueira SR, Araújo ME, Antunes JLF, Narvai PC. Indicadores socioeconômicos e recursos odontológicos em municípios do estado de São Paulo, Brasil, no final do século XX. *Epidemiologia e Serviços de Saude* 2006; 15 (4):41-53.
26. Minas Gerais, Secretaria Estadual de Saúde. Políticas de Saúde. Plano Diretor de Regionalização- PDR. Disponível em: www.saude.mg.gov.br. Acesso em: maio de 2011.
27. Minas Gerais, Secretaria Estadual de Saúde. Atos Normativos: Deliberação CIB-SUS Nº 407 de 22 de novembro de 2007. Institui a Rede Estadual e define os critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Próteses

- Dentárias (LRPD) em Minas Gerais. Disponível em: www.saude.mg.gov.br/cib. Acesso em: maio de 2011.
28. Berretta IQ, Lacerda JT, Calvo MCM. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. *Cad. Saude Publica* 2011; 27(11): 2143-2154.
29. Goes PSA , Figueiredo N, Neves JC, Silveira FMMotta, Costa JFR, Pucca Júnior, GA, Rosales MS. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad Saude Publica* 2012; 28(Sup):S81-S89.
30. Chaves SCL, Silva LMV. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. *Cad Saude Publica* 2007; 23:1119-1131.
31. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. *Cienc Saude Colet* 2002; 7:401-412.
32. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cienc. Saude Colet* 2010; 15(5): 2297-2305.
33. Barros SG, Chaves SLA. Utilização do Sistema de informações Ambulatoriais (SIA-SUS) com instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. *Epidemiol Serv Saude* 2003; 12:41-51.
34. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):705-711.
35. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Cien Saude Colet* 2012; 17(4):821-828.
36. Brasil, Ministério da Saúde. Pesquisa Saúde: facilitando a apropriação do conhecimento científico na gestão de saúde. *Rev Saude Publica* 2010; 44(4):975-978.

37. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Primária, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Nota Técnica. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/historico_cobertura_sf_nota_tecnica.pdf. Acesso em: setembro de 2011.
38. Aquino R, Barreto ML. Programa de Saúde da Família: acerca da adequação do uso de seu indicador de cobertura. *Cad Saude Publica* 2008; 24(4):905-914.

TABELAS

As tabelas abaixo são relacionadas ao artigo.

Tabela 1: Distribuição dos tipos de unidades de saúde que realizaram procedimentos de atenção secundária em saúde bucal em Minas Gerais, 2010

Tipo de unidade de saúde	Frequência	%
Centro de Apoio a Saúde da Família-CASF	3	0,12
Centro de Atenção Hemoterápica e/ou Hematológica	1	0,04
Centro de Atenção Psicossocial-CAPS	1	0,04
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde /Posto de Saúde	1.779	69,85
Clinica Especializada/Ambulatório Especializado	128	5,03
Consultório	346	13,58
Hospital	134	5,26
Policlínica	71	2,79
Pronto Atendimento/ Pronto Socorro Especializado/ Pronto Socorro Geral	43	1,69
Secretaria de Saúde	1	0,04
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	11	0,43
Unidade Mista	11	0,43
Unidade Móvel Terrestre	18	0,71
Total	2.547	100

Fonte: DATASUS

Tabela 2: Comparação entre produção de procedimentos odontológicos especializados entre os estabelecimentos classificados como CEO ou não, Minas Gerais, 2010

Habilitação CEO		Procedimentos Cirúrgicos	Procedimentos Endodônticos	Procedimentos Periodontais
NÃO	N	2469	2469	2469
	Soma	300376	75476	115413
	Mediana	16	0	0
	Mínimo	0	0	0
	Máximo	31655	8990	17473
SIM	N	78	78	78
	Soma	88579	43360	84355
	Mediana	925,5	374,5	721,5
	Mínimo	3	0	0
	Máximo	6747	5735	6215
Valor p*		<0,001	<0,001	<0,001
SIM**	N	70	70	70
	Soma	82501	41250	79618
	Mediana	937	380	730,5
	Mínimo	3	0	0
	Máximo	6747	5735	6215
Valor p*		<0,001	<0,001	<0,001

* Valor p do teste de Mann-Whitney para comparações entre cada um dos procedimentos cirúrgicos, endodônticos e periodontais entre unidades não habilitadas como CEO e aquelas habilitadas até dezembro de 2009 (N=70) e todas as unidades CEO em 2010 (N=78); **CEO habilitados até dezembro de 2009 comparados com unidades sem habilitação para CEO.

Fonte: DATASUS

Tabela 3: Frequência relativa de estabelecimentos habilitados como CEO que não atingiram as metas de produtividade estabelecidas pelo Ministério da Saúde, Minas Gerais, 2010

	Tipo de CEO	Procedimentos Cirúrgicos	Procedimentos Endodônticos	Procedimentos Periodontais
N=78	Tipo I	50,0%	58,3%	62,5%
	Tipo II	62,3%	84,9%	62,3%
	Tipo III	100,0%	100,0%	100,0%
N=70	Tipo I	47,8%	56,5%	60,9%
	Tipo II	61,7%	83,0%	59,6%

Fonte: DATASUS

Tabela 4: Comparação entre características dos municípios que possuem CEO ou não, Minas Gerais, 2010

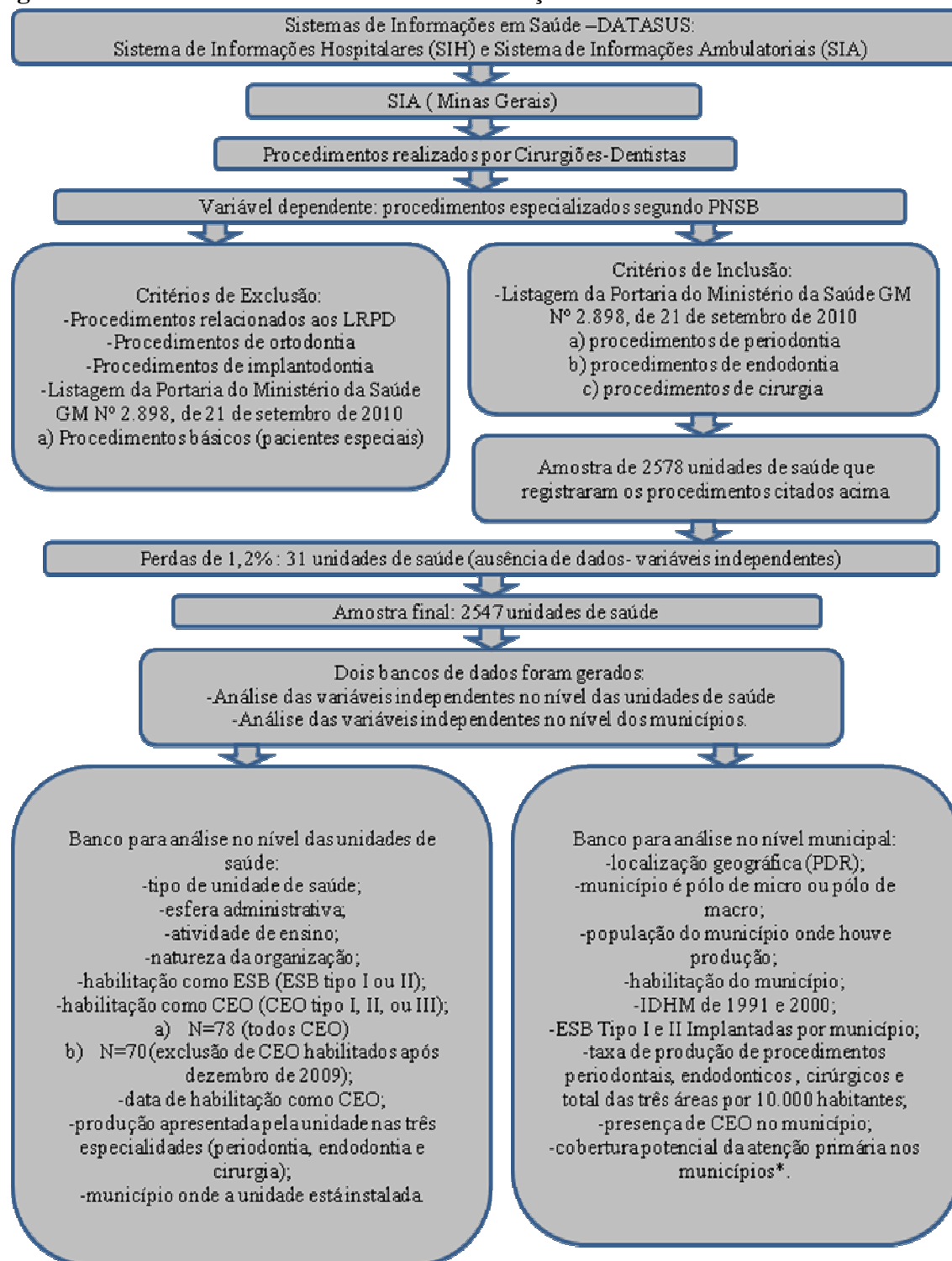
CEO		População	ESB I	ESB II	ESB I e II	Cobertura potencial	IDH 1991	IDH 2000
Não	N	782	782	782	782	782	782	782
	Mediana	7091	1	0	1	0,79	0,636	0,724
	Mínimo	815	0	0	0	0	0,42	0,57
	Máximo	2.375.444	130	77	207	4,23	0,79	0,84
	Soma	12.113.808	1.325	390	1715	604,01	490,57	558,87
Sim	N	71	71	71	71	71	71	71
	Mediana	57.361	3	0	5	0,39	0,701	0,777
	Mínimo	5.298	0	0	0	0	0,49	0,62
	Máximo	603.048	41	11	45	1,3	0,78	0,84
	Soma	7.481.501	400	99	499	31,61	48,7	54,21
	Valor de p*	<0,001	<0,001	0,005	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

* Teste de Mann-Whitney

Fonte: DATASUS

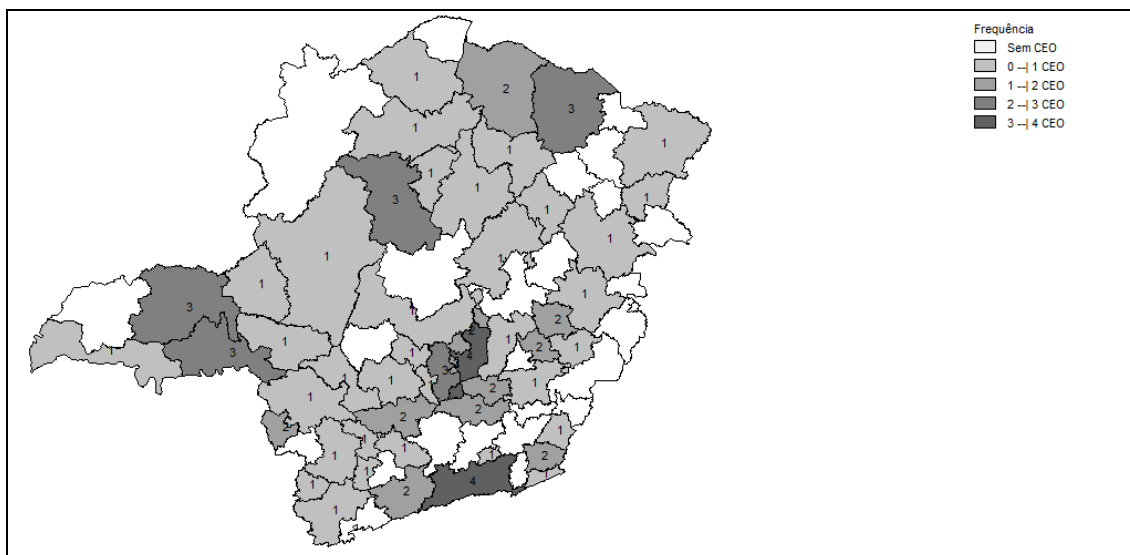
ANEXOS

FIGURAS

Figura 1: Processo de construção dos bancos de dados

*O Departamento da Atenção Primária do MS adota um padrão nacional único para o cálculo da população coberta, que é o número médio estimado de 3.450 habitantes por equipe na ESF [16]. Esse parâmetro foi utilizado para o cálculo da cobertura potencial^{37,38}. No numerador temos o número de equipes multiplicado por 3450. O denominador é a população do município.

Figura 2: Distribuição geográfica da frequência de Centros de Especialidades Odontológicas nas microrregiões do estado de Minas Gerais, 2010



Fonte: DATASUS

QUADRO 1

Procedimentos para monitoramento mensal de produção, a ser realizada nos CEO, verificada por meio dos Sistemas de Informação do SUS, segundo critérios da Portaria do Ministério da Saúde GM N° 2.898, de 21 de setembro de 2010

I) Para os CEO Tipo 1:

80 procedimentos básicos (Pacientes especiais) por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

- 0101020058 aplicação de carióstático (por dente);
- 0101020066 aplicação de selante (por dente);
- 0101020074 aplicação tópica de flúor (individual por sessão);
- 0101020082 evidênciação de placa bacteriana;
- 0101020090 selamento provisório de cavidade dentária;
- 0307010015 capeamento pulpar;
- 0307010023 restauração de dente decíduo;
- 0307010031 restauração de dente permanente anterior;
- 0307010040 restauração de dente permanente posterior;
- 0307020070 pulpotomia dentária;
- 0307030016 raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante);
- 0307030024 raspagem alisamento subgengivais (por sextante);
- 0414020120 exodontia de dente decíduo;
- 0414020138 exodontia de dente permanente.

60 procedimentos de periodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

- 0307030032 raspagem corono-radicular (por sextante);
- 0414020081 enxerto gengival;
- 0414020154 gengivectomia (por sextante);
- 0414020162 gengivoplastia (por sextante);
- 0414020375 tratamento cirúrgico periodontal (por sextante).

35 procedimentos de endodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

- 0307020037 obturação de dente decíduo;
- 0307020045 obturação em dente permanente birradicular;
- 0307020053 obturação em dente permanente c/ três ou mais raízes;
- 0307020061 obturação em dente permanente unirradicular;
- 0307020088 retratamento endodôntico em dente permanente bi-radicular;
- 0307020096 retratamento endodôntico em dente permanente c/ 3 ou mais raízes;
- 0307020100 retratamento endodôntico em dente permanente uni-radicular;
- 0307020118 selamento de perfuração radicular.

80 procedimentos de cirurgia oral por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

- 0201010526 biópsia dos tecidos moles da boca;
- 0201010232 biópsia de glândula salivar;
- 0201010348 biópsia de osso do crânio e da face;
- 0307010058 tratamento de nevralgias faciais;
- 0401010082 frenectomia;
- 0404020038 correção cirúrgica de fístula oronasal/ oro-sinusal;
- 0404020054 drenagem de abscesso da boca e anexos;
- 0404020089 excisão de rânula ou fenômeno de retenção salivar;

0404020097 excisão e sutura de lesão na boca;
0404020100 excisão em cunha do lábio;
0404020127 exeresse de cisto odontogênico e não odontogênico;
0414010019 contenção de dentes por splintagem;
0414010086 redução cruenta de fratura alvéolodentária;
0414010175 redução incruenta de fratura alvéolodentária;
0414010213 redução incruenta de luxação temporomandibular;
0414020014 alveolotomia / alveolectomia (por arco dentário);
0414020022 apicectomia c/ ou s/ obturação retrograda;
0414020030 aprofundamento de vestíbulo oral (por sextante);
0414020049 correção de bridas musculares;
0414020057 correção de irregularidades de rebordo alveolar;
0414020065 correção de tuberosidade do maxilar;
0414020073 curetagem periapical;
0414020090 enxerto ósseo de área doadora intrabucal;
0414020103 excisão de cálculo de glândula salivar;
0414020111 excisão de glândula submandibular / submandibular/ sublingual;
0414020146 exodontia múltipla c/ alveoloplastia por sextante;
0414020170 glossorrafia;
0414020200 marsupialização de cistos e pseudocistos
0414020219 odontosecção / radilectomia / tunelização;
0414020227 reconstrução de sulco gengivo-labial;
0414020235 reconstrução parcial do lábio traumatizado;
0414020243 reimplante e transplante dental (por elemento
0414020251 remoção de cisto;
0414020260 remoção de corpo estranho da região bucomaxilofacial;
0414020278 remoção de dente retido (inclusive / impactado);
0414020286 remoção de foco residual;
0414020294 remoção de tórus e exostoses;
0414020308 retirada de material de síntese óssea / dentária;
0414020316 selamento de fístula cutânea odontogênica;
0414020324 sinusotomia maxilar unilateral;
0414020340 tratamento cirúrgico de fístula intra / extra-oral;
0414020359 tratamento cirúrgico de hemorragia buco-dental;
0414020367 tratamento cirúrgico p/ tracionamento dental;
0414020383 tratamento de alveolite;
0414020391 tratamento emergencial p/ redução de fratura alvéolo-dentária;
0414020405 ulotomia/ulectomia.

II) Para os CEO Tipo 2:

110 procedimentos básicos (Pacientes especiais) por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

0101020058 aplicação de carióstático (por dente);
0101020066 aplicação de selante (por dente);
0101020074 aplicação tópica de flúor (individual por sessão);
0101020082 evidenciação de placa bacteriana;
0101020090 selamento provisório de cavidade dentária;
0307010015 capeamento pulpar;

0307010023 restauração de dente decíduo;
0307010031 restauração de dente permanente anterior;
0307010040 restauração de dente permanente posterior;
0307020070 pulpotomia dentária;
0307030016 raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante);
0307030024 raspagem alisamento subgengivais (por sextante);
0414020120 exodontia de dente decíduo;
0414020138 exodontia de dente permanente.
90 procedimentos de periodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:
0307030032 raspagem corono-radicular (por sextante);
0414020081 enxerto gengival;
0414020154 gengivectomia (por sextante);
0414020162 gengivoplastia (por sextante);
0414020375 tratamento cirúrgico periodontal (por sextante).
60 procedimentos de endodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:
0307020037 obturação de dente decíduo;
0307020045 obturação em dente permanente birradicular;
0307020053 obturação em dente permanente c/ três ou mais raízes;
0307020061 obturação em dente permanente unirradicular;
0307020088 retratamento endodôntico em dente permanente bi-radicular;
0307020096 retratamento endodôntico em dente permanente c/ 3 ou mais raízes;
0307020100 retratamento endodôntico em dente permanente uni-radicular;
0307020118 selamento de perfuração radicular.
90 procedimentos de cirurgia oral por mês, no total, referente aos seguintes códigos:
0201010526 biópsia dos tecidos moles da boca;
0201010232 biópsia de glândula salivar;
0201010348 biópsia de osso do crânio e da face;
0307010058 tratamento de nevralgias faciais;
0401010082 frenectomia;
0404020038 correção cirúrgica de fístula oronasal/ oro-sinusal;
0404020054 drenagem de abscesso da boca e anexos;
0404020089 excisão de rânula ou fenômeno de retenção salivar;
0404020097 excisão e sutura de lesão na boca;
0404020100 excisão em cunha do lábio;
0404020127 exereses de cisto odontogênico e não odontogênico;
0414010019 contenção de dentes por splintagem;
0414010086 redução cruenta de fratura alvéolodentária;
0414010175 redução incruenta de fratura alvéolodentária;
0414010213 redução incruenta de luxação temporo-mandibular;
0414020014 alveolotomia / alveolectomia (por arco dentário);
0414020022 apicectomia c/ ou s/ obturação retrograda;
0414020030 aprofundamento de vestibulo oral (por sextante);
0414020049 correção de bridas musculares;
0414020057 correção de irregularidades de rebordo alveolar;
0414020065 correção de tuberosidade do maxilar;
0414020073 curetagem periapical;
0414020090 enxerto ósseo de área doadora intrabucal;

0414020103 excisão de cálculo de glândula salivar;
 0414020111 excisão de glândula submandibular / submandibular/ sublingual;
 0414020146 exodontia múltipla c/ alveoloplastia por sextante;
 0414020170 glossorrafia;
 0414020200 marsupialização de cistos e pseudocistos;
 0414020219 odontosecção / radilectomia / tunelização;
 0414020227 reconstrução de sulco gengivo-labial;
 0414020235 reconstrução parcial do lábio traumatizado;
 0414020243 reimplante e transplante dental (por elemento);
 0414020251 remoção de cisto;
 0414020260 remoção de corpo estranho da região bucomaxilofacial;
 0414020278 remoção de dente retido (incluso / impactado);
 0414020286 remoção de foco residual;
 0414020294 remoção de tórus e exostoses;
 0414020308 retirada de material de síntese óssea / dentária;
 0414020316 selamento de fístula cutânea odontogênica;
 0414020324 sinusotomia maxilar unilateral;
 0414020340 tratamento cirúrgico de fístula intra / extra-oral;
 0414020359 tratamento cirúrgico de hemorragia buco-dental;
 0414020367 tratamento cirúrgico p/ tracionamento dental;
 0414020383 tratamento de alveolite;
 0414020391 tratamento emergencial p/ redução de fratura alvéolo-dentária;
 0414020405 ulotomia/ulectomia.

III) Para os CEO Tipo 3:

190 procedimentos básicos (pacientes especiais) por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

0101020058 aplicação de carióstático (por dente);
 0101020066 aplicação de selante (por dente);
 0101020074 aplicação tópica de flúor (individual por sessão);
 0101020082 evidenciação de placa bacteriana;
 0101020090 selamento provisório de cavidade dentária;
 0307010015 capeamento pulpar;
 0307010023 restauração de dente decíduo;
 0307010031 restauração de dente permanente anterior;
 0307010040 restauração de dente permanente posterior;
 0307020070 pulpotomia dentária;
 0307030016 raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante);
 0307030024 raspagem alisamento subgengivais (por sextante);
 0414020120 exodontia de dente decíduo;
 0414020138 exodontia de dente permanente.

150 procedimentos de periodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

0307030032 raspagem corono-radicular (por sextante);
 0414020081 enxerto gengival;
 0414020154 gengivectomia (por sextante);
 0414020162 gengivoplastia (por sextante);
 0414020375 tratamento cirúrgico periodontal (por sextante).

95 procedimentos de endodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

0307020037 obturação de dente decíduo;
0307020045 obturação em dente permanente birradicular;
0307020053 obturação em dente permanente c/ três ou mais raízes;
0307020061 obturação em dente permanente unirradicular;
0307020088 retratamento endodôntico em dente permanente bi-radicular;
0307020096 retratamento endodôntico em dente permanente c/ 3 ou mais raízes;
0307020100 retratamento endodôntico em dente permanente uni-radicular;
0307020118 selamento de perfuração radicular.
170 procedimentos de cirurgia oral por mês, no total, referente aos seguintes códigos:
0201010526 biópsia dos tecidos moles da boca;
0201010232 biópsia de glândula salivar;
0201010348 biópsia de osso do crânio e da face;
0307010058 tratamento de nevralgias faciais;
0401010082 frenectomia;
0404020038 correção cirúrgica de fístula oronasal/ oro-sinusal;
0404020054 drenagem de abscesso da boca e anexos;
0404020089 excisão de rânula ou fenômeno de retenção salivar;
0404020097 excisão e sutura de lesão na boca;
0404020100 excisão em cunha do lábio;
0404020127 exereses de cisto odontogênico e não odontogênico;
0414010019 contenção de dentes por splintagem;
0414010086 redução cruenta de fratura alvéolodentária;
0414010175 redução incruenta de fratura alvéolodentária;
0414010213 redução incruenta de luxação temporo-mandibular;
0414020014 alveolotomia / alveolectomia (por arco dentário);
0414020022 apicectomia c/ ou s/ obturação retrograda;
0414020030 aprofundamento de vestíbulo oral (por sextante);
0414020049 correção de bridas musculares;
0414020057 correção de irregularidades de rebordo alveolar;
0414020065 correção de tuberosidade do maxilar;
0414020073 curetagem periapical;
0414020090 enxerto ósseo de área doadora intrabucal;
0414020103 excisão de cálculo de glândula salivar;
0414020111 excisão de glândula submandibular / submandibular/ sublingual;
0414020146 exodontia múltipla c/ alveoloplastia por sextante;
0414020170 glossorrafia;
0414020200 marsupialização de cistos e pseudocistos;
0414020219 odontosecção / radilectomia / tunelização;
0414020227 reconstrução de sulco gengivo-labial;
0414020235 reconstrução parcial do lábio traumatizado;
0414020243 reimplante e transplante dental (por elemento);
0414020251 remoção de cisto;
0414020260 remoção de corpo estranho da região bucomaxilofacial;
0414020278 remoção de dente retido (inclusive / impactado);
0414020286 remoção de foco residual;
0414020294 remoção de tórus e exostoses;
0414020308 retirada de material de síntese óssea / dentária;

0414020316 selamento de fístula cutânea odontogênica;
0414020324 sinusotomia maxilar unilateral;
0414020340 tratamento cirúrgico de fístula intra / extra-oral;
0414020359 tratamento cirúrgico de hemorragia buco-dental;
0414020367 tratamento cirúrgico p/ tracionamento dental;
0414020383 tratamento de alveolite;
0414020391 tratamento emergencial p/ redução de fratura alvéolo-dentária;
0414020405 ulotomia/ulectomia.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NO PERIÓDICO *CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA*

Introdução

Ciência & Saúde Coletiva publica debates e textos inéditos sobre análises e resultados de investigações sobre um **tema específico** considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos inéditos sobre 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 a permanente atualização das tendências de pensamento e de práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

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 Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios

na World Wide Web, como por exemplo, site: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/> ou <http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf>. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções de publicação

Editorial: responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 4.000 caracteres com espaço.

Debate: artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O texto deve ter, no máximo, 40.000 caracteres com espaço. Os textos dos debatedores e a réplica terão no máximo de 10.000 caracteres cada um, sempre contando com os espaços.

Artigos temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. Os de revisão poderão alcançar até 50.000 caracteres. Para uns e outros serão contados caracteres com espaço.

Artigos de temas livres: não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico- metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

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.

Resenhas: análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores de resenha deverão encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução em alta definição da capa do livro resenhado.

Cartas: crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 5.000 caracteres).

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 as referências inseridas como notas de rodapé e notas explicativas no final do artigo ou pé da página.

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 (www.cienciaesaudecoletiva.com.br) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações. No caso de dúvidas, entrar em contato com a editoria da revista cienciaesaudecoletiva@fiocruz.br.

3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos.

Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos.

A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. 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, 1996 e 2000).

5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.

6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

7. 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.

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

O **resumo/abstract** terá no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo-se palavras-chave/key words). Nele devem estar claros: o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e uma síntese dos resultados e das conclusões do estudo. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave. É importante escrever

com clareza e objetividade o resumo e as palavras-chave, pois isso facilita a divulgação do artigo e sua múltipla indexação.

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) 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 da submissão do artigo, anexar no campo “documento em Word” o artigo completo, contendo os agradecimentos e as contribuições individuais de cada autor na elaboração do texto (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 biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.
2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
3. 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 uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, deve ser 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, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).
3. Todo 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 versões 2003 ou 2007).
5. Os **gráficos** devem ser gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) e devem ser enviados em arquivo aberto.

6. Os arquivos das **figuras** (mapa, por ex. devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Corel Draw e inseridas no formato original. Este formato conserva a informação VETORIAL, ou seja, conserva as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesse formato, os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que também são formatos de imagem, mas 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 o em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências (somente no arquivo em Word anexado no site).
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 daqueles que citam 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 mais de dois autores, no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.* Nas referências, devem ser informados todos os autores do artigo.
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF¹¹; ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, 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.icmje.org>).
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

1. **Artigo padrão** (inclua todos os autores) Lago LM, Martins JJ, Schneider DG, Barra DCC, Nascimento ERP, Albuquerque GL, Erdmann Al. Itinerario terapéutico de los usuários de una urgencia hospitalar. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl.1):1283-1291.
2. **Instituição como autor**

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

3. Sem indicação de autoria

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

4. 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.

5. 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

6. 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 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

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

8. Instituição como autor

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

9. 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.

10. 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.

11. 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.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo (SP): 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

13. Artigo de jornal

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

14. Material audiovisual

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

15. 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

16. 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>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CDROM]. Reeves JRT, Maibach H. MEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational; 1993.

COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO AO PERIÓDICO *CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA*



Prezado(a) **Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu**

Informamos que o **Artigo / Tema Livre** abaixo foi submetido a *Ciência & Saúde Coletiva*, constando sua participação como autor.

Artigo: **676/2013 - Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil**

Caso não concorde com a sua participação nesse artigo favor entrar em contato para que possamos tomar as ações necessárias.

Atenciosamente,
Maria Cecília de Souza Minayo e Romeu Gomes, Editores Chefes

Revista *Ciência & Saúde Coletiva* da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Av. Brasil. 4036. sala 700 - Manouinhos - 21040-361 - Rio de Janeiro - RJ

COMPROVANTE DO ACEITE DO ARTIGO AO PERIÓDICO *CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA*

Em 9 de setembro de 2013 05:40, Revista Ciência & Saúde Coletiva <cienciasaudecoletiva@fiocruz.br> escreveu:



Prezado(a) colega Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu,

seu artigo, **REAPRESENTAÇÃO: Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil**, acaba de ser **aprovado** pela Editoria da Revista Ciência & Saúde Coletiva.

Esta mensagem tem a finalidade de lhe pedir consentimento para divulgá-lo na página www.cienciaesaudecoletiva.com.br. Sendo positiva sua aquiescência, por favor preencha o documento abaixo e o devolva imediatamente por correio e assinado com caneta esferográfica azul. Seu artigo será divulgado no prazo de 48 horas após a Editoria da Revista receber sua permissão. Informo-lhe que, uma vez publicado, seu artigo poderá ser, imediatamente, incorporado a seu currículo. Na página onde for divulgado o artigo haverá orientação de como citá-lo. Quando seu artigo for publicado na Revista impressa, imediatamente sairá da página e poderá ser acessado pela base scielo www.scielo.org.