

**CURSO DE ODONTOLOGIA**

**NINA SANCHES ANDRADE**

**ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE PROCEDIMENTOS ENDODÔNTICOS DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DA BAHIA**

AN ANALYSIS OF THE PRODUCTION OF ENDODONTICAL PROCEDURES FROM BAHIA DENTAL SPECIALTIES CENTERS

SALVADOR

2019.1

**NINA SANCHES ANDRADE**

**ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE PROCEDIMENTOS ENDODÔNTICOS DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DA BAHIA**

AN ANALYSIS OF THE PRODUCTION OF ENDODONTICAL PROCEDURES FROM BAHIA DENTAL SPECIALTIES CENTERS

Artigo apresentado ao Curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Moura da Costa e Silva

SALVADOR   
 2019.1

SUMÁRIO

|  |  |
| --- | --- |
| RESUMO |  |
| ABSTRACT |  |
| 1. INTRODUÇÃO | 6 |
| 1. METODOLOGIA | 9 |
| 1. RESULTADOS | 11 |
| 1. DISCUSSÃO | 21 |
| 1. CONCLUSÕES | 26 |
| REFERÊNCIAS |  |
| ANEXOS  ANEXO A – MAPA DAS REGIÕES DE SAÚDE  ANEXO B – DIRETRIZES PARA AUTORES |  |

RESUMO

No governo do Presidente Lula durante o período entre 2003 e 2010, foi constituída a primeira política nacional de saúde bucal com vistas à efetivação dos direitos do cidadão brasileiro à atenção odontológica em seus diferentes níveis. Seu eixo central consiste numa maior participação do governo federal em sua estruturação, através da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas, devendo oferecer minimamente procedimentos de periodontia, endodontia, cirurgia oral menor e atendimento aos pacientes com necessidades especiais. O tratamento endodôntico foi escolhido para análise em detrimento de sua linha conservadora, sendo o objetivo deste trabalho analisar a produção desses procedimentos no estado da Bahia. Realizou-se um estudo descritivo quantitativo, utilizando-se dados secundários divulgados no SIASUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde). Os dados foram analisados segundo área geográfica (regiões de saúde e município com CEO implantado) e ano de realização do tratamento. O estudo revelou o crescimento percentual na produção de procedimentos endodônticos e sua maior abrangência no período considerado, embora esteja presente uma desigualdade na produção destes atendimentos que ainda estão concentrados na capital do Estado. São escassos os estudos acerca do tema, principalmente os de base populacional, sugere-se a realização de novos estudos sobre a produtividade dos CEO da Bahia e do Brasil, em endodontia e em relação às demais especialidades, a fim de se melhor compreender sua evolução levantando problemas comuns e diferenças regionais na prestação destes serviços.

PALAVRAS CHAVE: Serviços de Saúde Bucal; Especialidades Odontológicas; Endodontia

ABSTRACT

In the government of President Lula during the period between 2003 and 2010, the first national oral health policy was constituted with a view to the realization of the rights of Brazilian citizens to dental care at different levels. Its main achievement was the participation of the federal government in its structuring, through the implantation of the Centers of Dental Specialties (CEO), and should offer minimally procedures of periodontics, endodontics, oral surgery and care for patients with special needs. The endodontic treatment was chosen for analysis to the detriment of its conservative line, being the objective of this work to analyze the production of these procedures in the state of Bahia. A quantitative descriptive study was carried out using secondary data published in the SIASUS (Outpatient Information System of the Unified Health System). The information was analyzed according to geographic area (cities and health regions with implanted CEO) and year of treatment. The study revealed the percentage increase in the production of endodontic procedures and their greater coverage during the period considered, although there is an unequal production of these services that are still concentrated in the state capital. There are few studies on the subject, especially the population-based ones, it is suggested to carry out new studies on the productivity of the CEOs of Bahia and Brazil, in endodontics and in relation to the other specialties, in order to better understand their evolution raising common problems and regional differences in the provision of these services.

KEYWORDS: Oral Health Services; Dental Specialties; Endodontics

1. INTRODUÇÃO

A posse do presidente da república Luís Inácio Lula da Silva representou a inauguração de uma nova conjuntura política que marcou profundamente a trajetória econômica e social brasileira, em função dos resultados positivos observados em diferentes setores, inclusive, no setor saúde. Em 2003, no primeiro mandato do referido presidente, foi criada a primeira Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) concretizando o direito do cidadão brasileiro à atenção odontológica, por meio de ações governamentais. (1)

Também conhecida como Brasil Sorridente, a PNSB (Política Nacional de Saúde Bucal), implementada em março de 2004, abrange um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo que envolve a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação da saúde bucal. A PNSB foi concebida por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações pelas quais se assume a responsabilidade com o cuidado em saúde bucal, considerando a pluralidade existente no território em que vivem. (2)

A implementação do Brasil Sorridente reuniu várias frentes até então dispersas, especialmente no que diz respeito a aspectos organizacionais e de planejamento dos serviços de saúde bucal. Além disso, a publicação do documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal mostra a importância concedida ao tema pelo governo, tendo sido considerada enquanto prioridade. (3)

Houve uma maior participação do governo federal na estruturação de políticas, através do aumento do financiamento para as Equipes de Saúde Bucal (ESB) e Estratégia de Saúde da Família (ESF) acoplada à implantação de serviços como procedimentos de média e alta complexidade e padronização de atividades preventivas de saúde bucal, permitindo a criação de uma rede articulada em diferentes níveis de cuidados à saúde. O conceito de integralidade foi incluído no processo de planejamento. A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) se estruturou para produzir possibilidades intra e interseccionais, desconstruindo a falsa dicotomia entre os conceitos de promoção da saúde e cuidados de saúde, atividades preventivas e atividades curativas. (3,4)

Uma das principais linhas de ação do Brasil Sorridente tem como eixo central a ampliação e qualificação da atenção especializada a partir da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). (4) Os CEO são unidades de referência para atenção secundária com o intuito de oferecer minimamente procedimentos de periodontia, endodontia, cirurgia oral menor e atendimento aos pacientes com necessidades especiais. (5,6) O tratamento endodôntico feito nos CEO foi escolhido para análise em detrimento de sua linha conservadora, tendo em vista, que este serviço satisfaz a conservação dos dentes e não se trata de um processo mutilador, como por exemplo, a realização de extrações dentárias desnecessárias praticadas durante muitos anos e, ainda hoje, no Brasil.

A endodontia objetiva prevenir ou eliminar infecções que abrangem uma gama de patógenos advindos da cavidade bucal que, por sua vez, é fonte considerável de espécies causadoras das infecções sistêmicas. (18) Os Centros de Especialidades Odontológicas têm o compromisso de ofertar esses serviços, contudo, é preciso garantir a qualidade, sendo imprescindível avaliá-los continuamente, para identificar possíveis falhas. (6)

Estudos revelam que os serviços de saúde não são os determinantes no processo saúde-doença, porém a existência de serviços e a garantia de acesso à população, juntos, podem gerar impactos positivos. Isso é válido na saúde geral, e também exerce influência na saúde bucal. Os campos de avaliação e estudo de programas, serviços e tecnologias em saúde, passam por um processo de expansão e diversificação conceitual e metodológica, bem como por uma crescente demanda para se constituir um instrumento de apoio às decisões necessárias à dinâmica dos sistemas e na implementação das políticas, sendo assim faz-se extremamente necessária sua avaliação. (7,8)

Ainda é escassa a quantidade de estudos voltados para a análise da produção de serviços odontológicos especializados. (9) A partir deste pressuposto e com a ampliação e qualificação da atenção secundária, o presente estudo teve como objeto de análise a implantação das políticas nacionais de saúde bucal, tomando por referência a produção de procedimentos endodônticos do ano de 2003 a 2010 dos centros de especialidade odontológicas (CEO) da Bahia, com o objetivo de fazer um estudo descritivo quantitativo.

**2. METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de natureza quantitativa, em que uma série temporal de oito anos foi analisada. Tem como unidade de análise o Estado da Bahia considerando-se suas 28 Regiões de Saúde e 417 municípios. Foram avaliados os níveis de implementação das ações de saúde bucal, desenvolvidas no âmbito do “Programa Brasil Sorridente”, a partir da produção de procedimentos endodônticos do ano de 2003 a 2010, dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) implantados na Bahia.

Os dados relacionados aos procedimentos endodônticos foram obtidos do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema único de Saúde (SIASUS) utilizando-se o Tabnet do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)[[1]](#footnote-1).

Foram selecionadas as produções ambulatoriais do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) reconhecidas como de responsabilidade do endodontista, segundo ano e abrangência geográfica (região de saúde e município).

Para a identificação dos procedimentos endodônticos, foi feita uma busca Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP)[[2]](#footnote-2). No sistema em destaque, foi identificada a tabela unificada de procedimentos clínicos odontológicos, segundo o ano a ser pesquisado, contemplando nomenclatura e respectivo código.

É importante ressaltar, que para a presente pesquisa, os períodos foram estudados por conta da disponibilidade dos dados, e do objeto de análise do estudo: a gestão da PNSB no Estado da Bahia, durante os governos do Presidente Lula, sob a ótica da produção em endodontia pelos CEO.

Os procedimentos estão subdivididos em: 1) produção ambulatorial por local de atendimento (de 1994 até 2007) e, 2) produção ambulatorial por local de atendimento (de 2008 até 2019). Contudo, conforme explicitado acima, devido ao objeto de interesse de análise do presente estudo, os períodos foram divididos da seguinte forma: 1º Mandato, de 2003 até 2006 e 2º Mandato, 2007 até 2010.

Os dados obtidos foram tabulados pelo programa Tabwin 3.2[[3]](#footnote-3) (Departamento de Informática do SUS), e exportados para o programa Excel, (Microsoft Corp./versão 2016). A partir disso, foi feita a consolidação e agrupamento dos dados, conforme a quantidade de procedimentos endodônticos realizados em cada período analisado (vide Tabela 1 abaixo).

**Tabela 1**. Códigos dos procedimentos endodônticos segundo a Tabela de Procedimentos e Medicamentos do SUS. Bahia, 2019.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1º Mandato (2003 – 2007) | | 2º Mandato (2008 – 2010) | |
| Procedimento | **Código** | **Procedimento** | **Código** |
| Tratamento Endodôntico Dente Permanente Uni-radicular | **1004105** | Obturação por dente permanente Unirradicular | **0307020061** |
| Tratamento Endodôntico Dente Permanente Bi-radicular | **1004202** | Obturação por dente permanente Birradicular | **0307020045** |
| Tratamento Endodôntico Dente Permanente Tri-radicular | **1004303** | Obturação por dente permanente com três ou mais raízes | **0307020053** |

**Fonte:** Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP).

Após o processo de tabulação, os dados coletados foram organizados em planilhas eletrônicas no Excel, sendo os resultados apresentados de forma resumida através de percentagens e proporções.

**3. RESULTADOS**

Considerando-se o universo de 93 municípios do Estado da Bahia com Centros de Especialidades Odontológicas implantados de 2003 a 2010, foram realizados um total de 193.985 tratamentos endodônticos

No primeiro mandato do Presidente Lula, 2003 a 2006, foram realizados 72.899 procedimentos endodônticos em 37 municípios da Bahia. Neste período, houve um crescimento percentual de 38% no total de procedimentos realizados (2003: 15.516 procedimentos; 2006: 21.428 procedimentos). Em 2003, quando da inauguração da PNSB, apenas 20 municípios realizaram procedimentos endodônticos nos CEO da Bahia, enquanto que em 2006, este número aumentou para 32 municípios. Neste sentido, vale registrar que os municípios de Barro Preto[[4]](#footnote-4), Cícero Dantas[[5]](#footnote-5), Crisópolis[[6]](#footnote-6) e Irecê[[7]](#footnote-7) não realizaram procedimentos endodônticos em 2006, embora tenham realizado em anos anteriores (2003, 2004 ou 2005) (vide Tabela 2).

Chama a atenção, a ausência de realização de procedimentos endodônticos em Feira de Santana e Camaçari, dois dos maiores municípios do Estado. O município de Salvador[[8]](#footnote-8), representou os maiores percentuais de procedimentos endodônticos realizados, embora, este percentual tenha reduzido no período considerado conferindo a descentralização desses serviços (2003: 74,3%; 2004: 82,7%; 2005: 68,7%; 2006: 63,7%). Juazeiro[[9]](#footnote-9), Vitória da Conquista[[10]](#footnote-10), São Félix[[11]](#footnote-11) e Itabuna[[12]](#footnote-12), apesar da pequena produtividade na área, representaram, ao lado de Salvador, os mais elevados percentuais em 2006. O município de São Félix realizou em 2006, 795 procedimentos.

**Tabela 2** – Distribuição dos Procedimentos endodônticos realizados pelos CEO\*, segundo município do estado da Bahia, 2003 a 2006.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MUNICÍPIO\*\* | 2003 | | 2004 | | | 2005 | | | | | 2006 | |
| **N** | **%** | **N** | **%** | | **N** | | **%** | | **N** | | **%** |
| Alagoinhas | 1030 | 6,64 | 301 | 2,00 | | 126 | | 0,60 | | 200 | | 0,93 |
| Amargosa | 194 | 1,25 | 0 | 0 | | 85 | | 0,41 | | 53 | | 0,25 |
| Amélia Rodrigues | 68 | 0,44 | 18 | 0,12 | | 36 | | 0,17 | | 35 | | 0,16 |
| Aurelino Leal | 0 | 0 | 0 | 0 | | 54 | | 0,26 | | 60 | | 0,28 |
| Barra do Choça | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | | 0 | | 1 | | 0,00 |
| Barro Preto | 0 | 0 | 67 | 0,45 | | 213 | | 1,02 | | 0 | | 0 |
| Bom Jesus da Serra | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | | 0 | | 16 | | 0,07 |
| Brumado | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | | 0 | | 278 | | 1,30 |
| Caetité | 0 | 0 | 0 | 0 | | 16 | | 0,08 | | 81 | | 0,38 |
| Canavieiras | 0 | 0 | 20 | 0,13 | | 194 | | 0,93 | | 125 | | 0,58 |
| Candeias | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | | 0 | | 112 | | 0,52 |
| Catu | 49 | 0,32 | 34 | 0,23 | | 55 | | 0,26 | | 50 | | 0,23 |
| Cícero Dantas | 143 | 0,92 | 12 | 0,08 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 |
| Crisópolis | 0 | 0 | 100 | 0,67 | | 37 | | 0,18 | | 0 | | 0 |
| Dias d'Ávila | 0 | 0 | 0 | 0 | | 98 | | 0,47 | | 195 | | 0,91 |
| Eunápolis | 74 | 0,48 | 124 | 0,83 | | 540 | | 2,58 | | 294 | | 1,37 |
| Ilhéus | 645 | 4,16 | 355 | 2,36 | | 155 | | 0,74 | | 212 | | 0,99 |
| Ipirá | 0 | 0 | 0 | 0 | | 108 | | 0,52 | | 282 | | 1,32 |
| Irecê | 15 | 0,10 | 0 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 |
| Itabuna | 122 | 0,79 | 103 | 0,69 | | 1999 | | 9,55 | | 1107 | | 5,17 |
| Jequié | 320 | 2,06 | 240 | 1,60 | | 351 | | 1,68 | | 198 | | 0,92 |
| Juazeiro | 251 | 1,62 | 6 | 0,04 | | 468 | | 2,24 | | 1456 | | 6,79 |
| Laje | 68 | 0,44 | 23 | 0,15 | | 5 | | 0,02 | | 55 | | 0,26 |
| Madre de Deus | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | | 0 | | 63 | | 0,29 |
| Mairi | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | | 0 | | 30 | | 0,14 |
| Porto Seguro | 0 | 0 | 60 | 0,40 | | 321 | | 1,53 | | 410 | | 1,91 |
| Riachão Jacuípe | 1 | 0,01 | 34 | 0,23 | | 87 | | 0,42 | | 94 | | 0,44 |
| Salvador | 11522 | 74,26 | 12420 | 82,70 | | 14390 | | 68,73 | | 13639 | | 63,65 |
| Santaluz | 207 | 1,33 | 196 | 1,31 | | 171 | | 0,82 | | 168 | | 0,78 |
| São Félix | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | | 0 | | 795 | | 3,71 |
| São Sebastião do Passé | 236 | 1,52 | 225 | 1,50 | | 364 | | 1,74 | | 214 | | 1,00 |
| Sapeaçu | 56 | 0,36 | 58 | 0,39 | | 58 | | 0,28 | | 52 | | 0,24 |
| Senhor do Bonfim | 75 | 0,48 | 74 | 0,49 | | 48 | | 0,23 | | 150 | | 0,70 |
| Teixera de Freitas | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | | 0 | | 200 | | 0,93 |
| Ubaitaba | 102 | 0,66 | 48 | | 0,32 | | 322 | | 1,54 | 291 | | 1,36 |
| Vitória da Conquista | 338 | 2,18 | 501 | | 3,34 | | 635 | | 3,03 | 512 | | 2,39 |
| Total | **15516** | **100** | **15019** | | **100** | | **20936** | | **100** | **21428** | | **100** |

\*Centros de Especialidades Odontológicas

\*\*Municípios que realizaram procedimentos endodônticos no período de 2003 a 2006.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

**Figura 1.** Distribuição percentual da produtividade em endodontia pelos CEO\*, municípios de Juazeiro, Salvador, São Félix e Vitória da Conquista, Bahia, 2003 a 2006.

\*Centros de Especialidades Odontológicas

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Quanto às Regiões de Saúde, no período em destaque, foram obtidos os seguintes resultados em relação à produtividade dos CEO em endodontia:

**Tabela 3** – Distribuição dos Procedimentos endodônticos realizados pelos CEO\*, segundo Região de Saúde do estado da Bahia, 2003 a 2006.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Região de Saúde | Procedimentos endodônticos | |
| **N** | **%** |
| Alagoinhas | 1982 | 2,6 |
| Itabuna | 4488 | 6,3 |
| Juazeiro | 2181 | 3,0 |
| Salvador | 53185 | 73,0 |
| Vitória da Conquista | 2003 | 2,7 |
| Demais Regiões | 9060 | 12,4 |

\*Centros de Especialidades Odontológicas

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

No segundo mandato do presidente Lula, período representado por 2007 até 2010, foram realizados 121.086 procedimentos endodônticos em 89 municípios da Bahia. Neste período houve um crescimento percentual de 53% no total de procedimentos realizados (2007: 24.544 procedimentos; 2010: 37.552 procedimentos). Em 2007, com a PNSB já instaurada, 38 municípios realizaram procedimentos endodônticos nos CEOS da Bahia, enquanto que em 2010, este número aumentou para 81 municípios. Neste sentido, vale registrar que os municípios de Amélia Rodrigues[[13]](#footnote-13), Correntina[[14]](#footnote-14), Érico Cardoso[[15]](#footnote-15), Itaju do Colônia[[16]](#footnote-16), Itapebi[[17]](#footnote-17), Itiúba[[18]](#footnote-18), Medeiros Neto[[19]](#footnote-19), Nazaré[[20]](#footnote-20) e Riachão do Jacuípe[[21]](#footnote-21) não realizaram procedimentos endodônticos em 2010, embora tenham realizado em anos anteriores (2007, 2008 ou 2009).

Feira de Santana[[22]](#footnote-22) e Camaçari[[23]](#footnote-23), agora se incluem na lista de produção municipal, sendo que Camaçari, só entrou no ano de 2008. O município de Salvador, continua representando os maiores percentuais de procedimentos endodônticos realizados, embora, este percentual tenha reduzido no período considerado (2007: 55,36%; 2008: 27,6%; 2009: 28%; 2010: 33,58%). Camaçari, Juazeiro, Feira de Santana e Santa Maria da Vitória, apesar da pequena produtividade na área, representaram, ao lado de Salvador, os mais elevados percentuais em 2010. O município de Juazeiro realizou em 2010, 2221 procedimentos. (vide Tabela 04)

**Tabela 4** - Números de Procedimentos endodônticos realizados nos CEOS\*, segundo município, Bahia, 2007 até 2010.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MUNICÍPIO\*\*** | **2007** | | **2008** | | **2009** | | **2010** | |
| **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** |
| **Alagoinhas** | 44 | 0,17 | 266 | 0,93 | 540 | 1,76 | 438 | 1,16 |
| **Alcobaça** | 0 | 0 | 0 | 0 | 231 | 0,75 | 93 | 0,24 |
| **Amargosa** | 91 | 0,37 | 240 | 0,84 | 392 | 1,28 | 283 | 0,75 |
| **Amélia Rodrigues** | 75 | 0,3 | 188 | 0,66 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Aurelino Leal** | 56 | 0,22 | 142 | 0,49 | 136 | 0,44 | 108 | 0,28 |
| **Barra do Choça** | 0 | 0 | 0 | 0 | 26 | 0,08 | 255 | 0,67 |
| **Barreiras** | 0 | 0 | 134 | 0,47 | 72 | 0,23 | 163 | 0,43 |
| **Boa Vista do Tupim** | 0 | 0 | 0 | 0 | 73 | 0,24 | 76 | 0,2 |
| **Bom Jesus da Lapa** | 0 | 0 | 138 | 0,48 | 158 | 0,51 | 139 | 0,37 |
| **Brumado** | 260 | 1,05 | 12 | 0,04 | 25 | 0,08 | 15 | 0,03 |
| **Caculé** | 0 | 0 | 247 | 0,86 | 224 | 0,73 | 264 | 0,7 |
| **Caetité** | 66 | 0,26 | 19 | 0,06 | 40 | 0,13 | 47 | 0,12 |
| **Camaçari** | 0 | 0 | 235 | 0,82 | 797 | 2,61 | 2217 | 5,9 |
| **Canápolis** | 0 | 0 | 0 | 0 | 65 | 0,21 | 190 | 0,5 |
| **Canavieiras** | 96 | 0,39 | 40 | 0,14 | 48 | 0,15 | 48 | 0,12 |
| **Candeias** | 241 | 0,98 | 83 | 0,29 | 98 | 0,32 | 116 | 0,3 |
| **Cândido Sales** | 0 | 0 | 292 | 1,02 | 299 | 0,97 | 223 | 0,59 |
| **Catu** | 227 | 0,92 | 492 | 1,72 | 643 | 2,1 | 431 | 1,14 |
| **Conceição do Coité** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 0,02 |
| **Correntina** | 0 | 0 | 18 | 0,06 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Dias d'Ávila** | 280 | 1,14 | 135 | 0,47 | 167 | 0,54 | 165 | 0,43 |
| **Érico Cardoso** | 0 | 0 | 20 | 0,07 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Eunápolis** | 399 | 1,62 | 337 | 1,18 | 366 | 1,19 | 483 | 1,28 |
| **Feira de Santana** | 919 | 3,74 | 286 | 1 | 1863 | 6,1 | 848 | 2,25 |
| **Guanambi** | 263 | 1,07 | 674 | 2,36 | 694 | 2,27 | 722 | 1,92 |
| **Iaçu** | 0 | 0 | 238 | 0,83 | 214 | 0,7 | 144 | 0,38 |
| **Ibicaraí** | 0 | 0 | 0 | 0 | 56 | 0,18 | 239 | 0,63 |
| **Ibotirama** | 0 | 0 | 0 | 0 | 80 | 0,26 | 130 | 0,34 |
| **Ilhéus** | 333 | 1,35 | 404 | 1,41 | 1189 | 3,89 | 820 | 2,18 |
| **Inhambupe** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,002 |
| **Ipiaú** | 0 | 0 | 0 | 0 | 79 | 0,25 | 360 | 0,95 |
| **Ipirá** | 24 | 0,09 | 716 | 2,51 | 202 | 0,66 | 318 | 0,84 |
| **Iraquara** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 238 | 0,63 |
| **Irecê** | 269 | 1,09 | 822 | 2,88 | 696 | 2,27 | 640 | 1,7 |
| **Itabela** | 0 | 0 | 148 | 0,52 | 433 | 1,41 | 13 | 0,03 |
| **Itaberaba** | 0 | 0 | 0 | 0 | 147 | 0,48 | 472 | 1,25 |
| **Itabuna** | 451 | 1,83 | 208 | 0,73 | 76 | 0,24 | 317 | 0,84 |
| **Itaeté** | 0 | 0 | 131 | 0,46 | 264 | 0,86 | 107 | 0,3 |
| **Itaju do Colônia** | 0 | 0 | 57 | 0,2 | 185 | 0,6 | 0 | 0 |
| **Itajuípe** | 0 | 0 | 0 | 0 | 32 | 0,1 | 210 | 0,55 |
| **Itamaraju** | 0 | 0 | 43 | 0,15 | 332 | 1,08 | 84 | 0,22 |
| **Itanhém** | 0 | 0 | 21 | 0,07 | 0 | 0 | 111 | 0,29 |
| **Itapebi** | 0 | 0 | 66 | 0,23 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Itapetinga** | 0 | 0 | 48 | 0,16 | 120 | 0,39 | 273 | 0,72 |
| **Itiúba** | 0 | 0 | 105 | 0,36 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Jacobina** | 0 | 0 | 240 | 0,84 | 36 | 0,11 | 50 | 0,13 |
| **Jaguaquara** | 125 | 0,5 | 470 | 1,65 | 604 | 1,97 | 646 | 1,72 |
| **Jequié** | 653 | 2,58 | 1085 | 3,81 | 286 | 0,93 | 258 | 0,68 |
| **Juazeiro** | 1986 | 8,09 | 4745 | 16,67 | 1395 | 4,58 | 2221 | 5,91 |
| **Laje** | 516 | 2,1 | 747 | 2,62 | 114 | 0,37 | 408 | 1,08 |
| **Lauro de Freitas** | 0 | 0 | 126 | 0,44 | 263 | 0,86 | 446 | 1,18 |
| **Livramento N. Senhora** | 169 | 0,68 | 387 | 1,35 | 133 | 0,43 | 159 | 0,42 |
| **Luís Edo. Magalhães** | 23 | 0,09 | 128 | 0,44 | 286 | 0,93 | 258 | 0,68 |
| **Macaúbas** | 0 | 0 | 0 | 0 | 123 | 0,4 | 66 | 0,17 |
| **Madre de Deus** | 221 | 0,90 | 255 | 0,89 | 297 | 0,97 | 305 | 0,81 |
| **Mairi** | 51 | 0,2 | 11 | 0,04 | 0 | 0 | 128 | 0,34 |
| **Mata de São João** | 0 | 0 | 65 | 0,22 | 0 | 0 | 87 | 0,23 |
| **Medeiros Neto** | 0 | 0 | 0 | 0 | 1420 | 4,65 | 0 | 0 |
| **Morro do Chapéu** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 408 | 1,08 |
| **Nazaré** | 0 | 0 | 227 | 0,79 | 192 | 0,62 | 0 | 0 |
| **Nova Canaã** | 0 | 0 | 126 | 0,44 | 430 | 1,4 | 380 | 1,01 |
| **Paulo Afonso** | 16 | 0,06 | 175 | 0,61 | 541 | 1,77 | 792 | 2,01 |
| **Pintadas** | 0 | 0 | 99 | 0,34 | 220 | 0,72 | 175 | 0,46 |
| **Pojuca** | 0 | 0 | 341 | 1,19 | 262 | 0,85 | 350 | 0,93 |
| **Porto Seguro** | 358 | 1,45 | 215 | 0,75 | 108 | 0,35 | 61 | 0,16 |
| **Prado** | 0 | 0 | 137 | 0,48 | 121 | 0,39 | 60 | 0,15 |
| **Remanso** | 0 | 0 | 0 | 0 | 41 | 0,13 | 134 | 0,35 |
| **Riachão do Jacuípe** | 73 | 0,29 | 7 | 0,02 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Ruy Barbosa** | 0 | 0 | 0 | 0 | 51 | 0,16 | 254 | 0,67 |
| **Salvador** | 13588 | 55,36 | 7857 | 27,6 | 8550 | 28 | 12610 | 33,58 |
| **Santa Cruz Cabrália** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1020 | 2,71 |
| **Santa M. da Vitória** | 138 | 0,56 | 1051 | 3,69 | 1045 | 3,42 | 978 | 2,6 |
| **Santa Rita de Cássia** | 45 | 0,18 | 92 | 0,32 | 78 | 0,25 | 118 | 0,31 |
| **Santaluz** | 168 | 0,68 | 11 | 0,04 | 10 | 0,03 | 12 | 0,03 |
| **Santo Ant. de Jesus** | 0 | 0 | 236 | 0,82 | 223 | 0,73 | 364 | 0,96 |
| **São Desidério** | 0 | 0 | 19 | 0,06 | 0 | 0 | 84 | 0,22 |
| **São Felipe** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 146 | 0,38 |
| **São Félix** | 790 | 3,21 | 297 | 1,04 | 251 | 0,82 | 317 | 0,84 |
| **São Félix do Coribe** | 0 | 0 | 256 | 0,89 | 280 | 0,91 | 216 | 0,57 |
| **São Sebast. Passé** | 513 | 2,09 | 455 | 1,59 | 386 | 1,26 | 368 | 0,97 |
| **Sapeaçu** | 55 | 0,22 | 9 | 0,03 | 12 | 0,03 | 81 | 0,21 |
| **Senhor do Bonfim** | 138 | 0,56 | 211 | 0,74 | 285 | 0,93 | 250 | 0,66 |
| **Teixera de Freitas** | 0 | 0 | 1 | 0,003 | 2 | 0,006 | 42 | 0,11 |
| **Ubaitaba** | 321 | 1,3 | 324 | 1,13 | 288 | 0,94 | 288 | 0,76 |
| **Una** | 0 | 0 | 71 | 0,24 | 97 | 0,31 | 147 | 0,39 |
| **Utinga** | 0 | 0 | 0 | 0 | 159 | 0,52 | 182 | 0,48 |
| **Vera Cruz** | 0 | 0 | 0 | 0 | 94 | 0,3 | 97 | 0,25 |
| **Vitória da Conquista** | 503 | 2,04 | 764 | 2,68 | 507 | 1,66 | 516 | 1,37 |
| **Wenceslau Guimar.** | 0 | 0 | 213 | 0,74 | 280 | 0,91 | 259 | 0,68 |
| **Total** | **24544** | **100** | **28458** | **100** | **30532** | **100** | **37552** | **100** |

\*Centros de Especialidades Odontológicas.

\*\*Municípios que realizaram procedimentos endodônticos no período de 2007 a 2010.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

**Figura 2.** Distribuição percentual da produtividade em endodontia pelos CEO\*, municípios de Salvador, Camaçari, Juazeiro e Feira de Santana, Bahia, 2007 a 2010.

\*Centros de Especialidades Odontológicas

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Neste mesmo espaço de tempo, as Regiões de Saúde que obtiveram os maiores números de tratamentos endodônticos cadastrados foram observadas de acordo com a Tabela 5 (abaixo).

Tabela 5 – Distribuição dos Procedimentos endodônticos realizados pelos CEO\*, segundo Região de Saúde do estado da Bahia, 2007 a 2010.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Região de Saúde | Procedimentos endodônticos | |
| **N** | **%** |
| Camaçari | 5.101 | 4,2 |
| Feira de Santana | 6.119 | 5 |
| Juazeiro | 10.522 | 8,7 |
| Salvador | 49.969 | 41,2 |
| Santa Maria da Vitória | 4.672 | 3,8 |
| Demais Regiões | 44.703 | 37,1 |
|  |  |  |

\*Centros de Especialidades Odontológicas

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

É importante destacar que de 2003 a 2010 foram produzidos 193.985 procedimentos endodônticos nos CEO implantados no Estado da Bahia. A comparação entre o total produzido em 2003 e 2010 representou um crescimento de 58,7% de tratamentos realizados no período. A produção em endodontia nos CEO do município de Salvador[[24]](#footnote-24), representou 48,8% dos procedimentos realizados no Estado.

Neste sentido, importa considerar, que a Bahia contava com CEO realizando procedimentos endodônticos em 93 municípios, no ano de 2010, ou seja, apenas 22,3% dos municípios do estado possuíam CEO implantados com este perfil.

**4. DISCUSSÃO**

Este estudo insere-se no campo da avaliação das políticas, programas e serviços de saúde, particularmente da avaliação da atenção secundária, mediante a avaliação da produtividade em endodontia dos CEO implantados na Bahia.

Estudos e pesquisas evidenciam que os serviços de saúde não são os principais determinantes no processo saúde-doença, porém a existência de serviços e a garantia de acesso da população a eles podem determinar algum impacto epidemiológico na saúde da população. Isso é válido tanto na saúde geral, como na saúde bucal. (5)

Inicialmente, ficou evidente um expressivo aumento na produtividade em endodontia dos CEO, no período considerado, embora esteja presente uma desigualdade na produção destes serviços que ainda estão concentrados na capital do Estado.

Por outro lado, há que ressaltar que o aumento considerável na produção em endodontia pelos CEO, durante os dois mandatos do Presidente Lula, só foi possível à medida que os atendimentos passam a abranger mais localidades. Em 2003, apenas 20 municípios realizaram procedimentos endodônticos em CEO implantados, enquanto que, em 2010, esse número subiu para 80 municípios.

Em relação à organização dos sistemas e redes de serviços de saúde, a literatura evidencia uma preferência por modelos assistenciais piramidais, hierarquizados, de base loco-regional, estabelecendo-se como porta de entrada da atenção básica, que, quando consegue uma cobertura universal, possibilita uma diminuição de demanda de atenção secundária e terciária, além de priorizar investimentos tanto em recursos humanos, quanto na construção de novos equipamentos, na medida em que fica mais fácil perceber onde estão localizadas as reais necessidades da população. (20)

Mesmo com o delineamento da assistência odontológica em serviços públicos no Brasil restringindo-se quase que exclusivamente à atenção básica (15), assim como em outras pesquisas desse tipo, a presente análise mostra maiores taxas de produção ambulatorial de saúde bucal em municípios com o incentivo para média complexidade no SUS. (9). Nota-se que os CEO parecem ter um efeito positivo na produção municipal de procedimentos especializados, sobretudo para endodontia.

No estado da Bahia, o Plano Diretor de Regionalização divide o espaço geográfico do estado em 28 Regiões de saúde[[25]](#footnote-25) (Anexo A), os números de produção apurados referentes aos procedimentos endodônticos apontam que entre todo o período de governo as regiões com maiores números foram: Salvador, Juazeiro, Itabuna, Feira de Santana, Camaçari, Santa Maria da Vitória, Alagoinhas e Vitória da Conquista (Tabelas 3 e 5). Vale dizer que a regiões de saúde devem conter, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde. (14)

Uma realizada em Pernambuco analisou o primeiro e o segundo mandatos do Governo Lula sob a ótica da oferta de serviços especializados em saúde bucal (16). Os achados apontaram para um aumento de 398% no total de CEO implantados entre 2003 e 2006 e de 71,3% em relação ao final de 2006 (2003: 100 CEO; 2006: 498 CEO; 2010: 853 CEO). Em 2010, ao final do segundo mandato, eram 853 Centros especializados implantados. (17)

No entanto, apesar dos avanços verificados com a PNSB, dada a escassez de serviços de saúde bucal no Brasil e à grande necessidade de tratamento odontológico por parte da população usuária do SUS, ainda é insuficiente a oferta de serviços odontológicos de média complexidade no Brasil e na Bahia. Estudos têm apontado uma maior preocupação dos gestores neste sentido, como também para a implantação de CEO como uma estratégia importante para a ampliação do acesso aos serviços especializados de saúde bucal. (19)

O sub-financiamento do SUS, ao lado de outras prioridades epidemiológicas ou de cunho político, concorrem para a não priorização da saúde bucal na agenda da Saúde, seja ela municipal, estadual ou federal. A PNSB é sem dúvida um avanço enorme, no entanto, os gestores, em seus respectivos níveis de gestão, devem planejar e organizar serviços de saúde com base na demanda em saúde bucal, tendo sempre em vista, o fortalecimento da Atenção Básica (AB) e de seus fluxos, incluindo os de referência e contra referência. (5) É mister esse repensar da saúde bucal local-regional.

Nesse sentido, faz-se primordial, a organização da média e da alta complexidade, de modo complementar à AB. Por conseguinte, as especialidades oferecidas nos CEO carecem de revisões, garantindo que aquelas de maior diligência, que respondem à morbidade da população brasileira, especialmente à adulta de baixo poder aquisitivo, passem a ser ofertadas em todos os serviços, tais como a endodontia e a prótese dentária. A inclusão de outras especialidades deve responder a análises locais e regionais que satisfaçam o seu quadro epidemiológico. (5)

Um estudo de base nacional constatou que, no Brasil, dentre as pessoas que não obtiveram atendimento odontológico, a falta de especialistas e de equipamentos foram responsáveis por, respectivamente, 3,5% e 9,6% dos casos, enquanto 46% não o obtiveram pela ausência de vagas. (17)

Existem investigações que evidenciam avanços nas esferas de média complexidade, mas apontam importantes discrepâncias entre o preconizado e o implementado. (11) Como poucos serviços se baseiam em estudos epidemiológicos para sua implantação, isso pode determinar que os CEO não atendam a real necessidade de saúde de uma dada população. Além disso, no que diz respeito à implantação de políticas de saúde, mesmo em uma conjuntura politicamente promissora que conta com atores institucionais comprometidos com o aperfeiçoamento da gestão pública do sistema de saúde, pois o processo de planejamento em saúde pública enfrenta uma série de dificuldades e desafios. (12) Dentre estas, destacam-se o sub-financiamento e o conflito de interesses no âmbito do SUS.

É imprescindível conhecer estes dados para que se possa planejar e enfrentar tal demanda e, consequentemente poder definir estratégias para direcionamento dos recursos. (18)

Por outro lado, a interface ideal entre os serviços de atenção básica e secundária incluem dois princípios do SUS a equidade, onde todos os casos diagnosticados corretamente devem ser referenciados a um nível de maior complexidade sem impedimentos, e a integralidade, onde todo tratamento necessário deve estar disponível e acessível, seja em qualquer nível, com eficiência e eficácia, garantindo que as referências sejam apropriadas, tendo mecanismos de triagem adequados e a contra referência assegurada após o tratamento finalizado, ou até mesmo, ao longo do mesmo. (19)

O mecanismo de referência e contra referência encarrega-se para que ocorra de forma eficaz a articulação dos serviços de saúde, nos distintos níveis de atenção, no decorrer do entrosamento entre eles, assumindo com efetividade e diligência, às condições agudas e crônicas de uma população. Este é um dispositivo eficaz de vinculação e assistência ao usuário no sistema, mas que pode ser otimizado de forma a simplificar o trabalho dos profissionais de saúde, especialmente nesse momento em que estão sendo mais empregados os sistemas de informação. (13)

Avanços no investimento e planejamento das políticas públicas voltada para a saúde bucal, por certo, fortaleceu a inclusão social de grupos específicos e populações vulneráveis, no entanto, considerando-se a demanda por tratamento endodôntico e posterior reabilitação, criou-se problemas em relação a oferta destes serviços pelo SUS: o tempo necessário para se chegar à atenção secundária, os custos com estes atendimentos e a capacidade produtiva dos CEO.

No período estudado, os CEO da Bahia apresentaram um efeito positivo na produção de procedimentos especializados, sobretudo para endodontia. No entanto, ainda são escassos os estudos acerca do tema, principalmente os de base populacional. Faz-se urgente a análise de dados de CEO pelo Brasil. Além de dados quantitativos, relacionados à produção de serviços, é fundamental compreender e aprofundar análises relacionadas à história da saúde bucal no Brasil. Como surgiram os CEO em cada Estado? Quando e como se deu este processo? Quais foram as principais variáveis relacionadas ao sucesso ou fracasso da implantação? A gestão, do ponto de vista político, representou uma dificuldade ou uma facilidade para a implantação? Enfim, várias são as questões que se apresentam e que necessitam de análises e de repostas.

Além do mais, é imprescindível a produção de estudos aptos a preencher as lacunas ainda existentes, para que possam agregar a discussão quanto aos diferentes tipos de disposição dos serviços de média complexidade na rede SUS, propiciando maior utilização da oferta disponível, quer sejam estas alternativas relacionadas a diferenças de remuneração, vínculo com a atenção primária ou ajuste da oferta especializada às demandas de saúde da população. (6)

Por fim, em razão da rápida e ágil captação de informações, o SIASUS foi imprescindível para a realização do presente estudo. O referido sistema é sem dúvida, um material imprescindível para a tomada de decisão pelos gestores do SUS, sendo muito utilizado em estudos sobre a utilização de serviços em saúde bucal. A escolha por este método, neste estudo, foi coerente com os objetivos em análise, uma vez que uma avaliação quantitativa dos procedimentos endodônticos dos CEO, construída com dados do SIASUS e associada a outras fontes de informação, permitiu uma avaliação da atenção secundária em saúde bucal nos CEO implantados no Estado da Bahia.

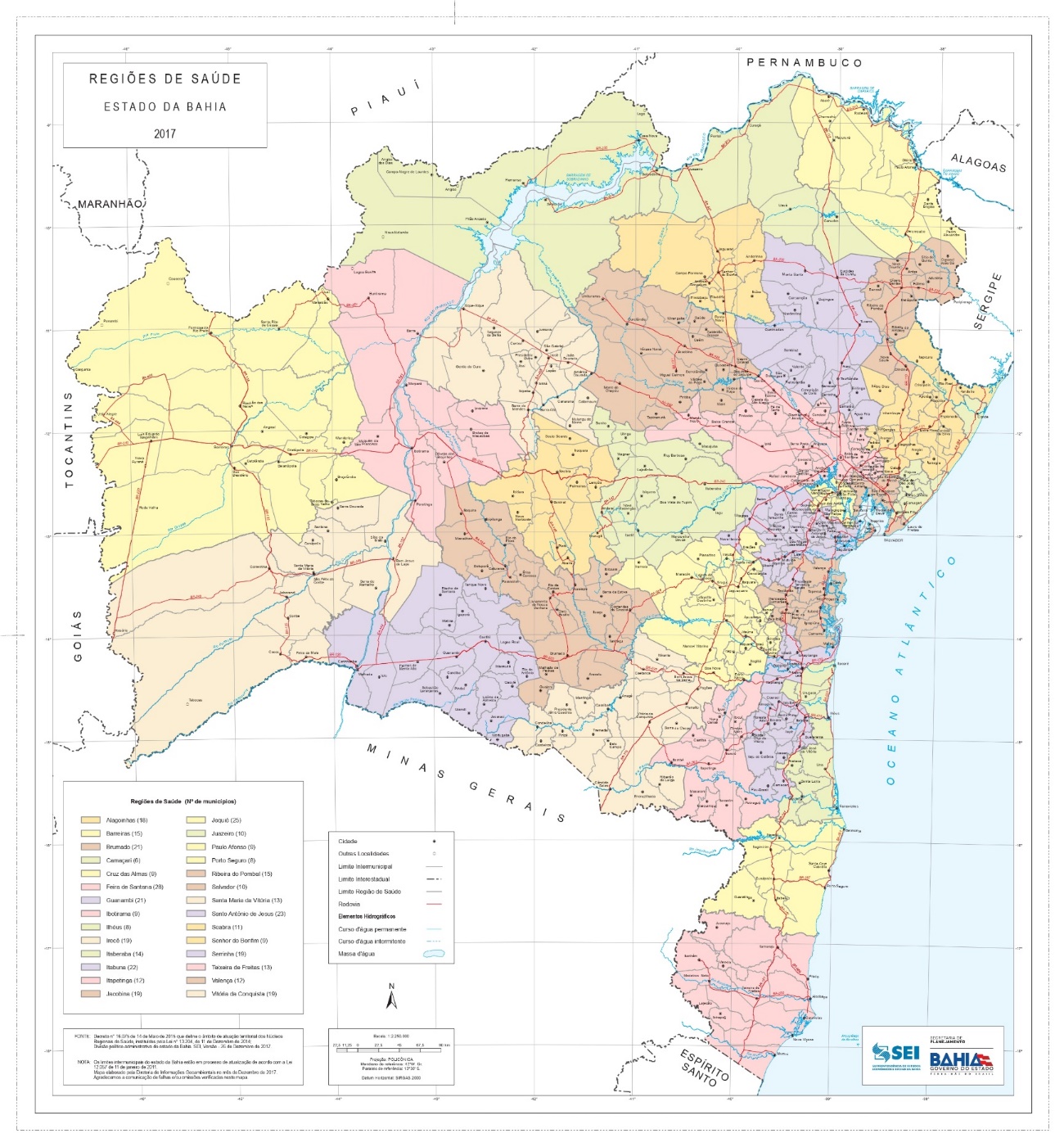
**5. CONCLUSÕES**

A análise quantitativa da produção de procedimentos endodônticos prestados na atenção secundária dos Centros de Especialidades Odontológicas do Estado da Bahia, durante os mandatos do Presidente Lula, evidenciou um crescimento de 38% no período entre 2003 e 2006 e um crescimento de 53% entre 2007 e 2010. Alguns municípios pararam de ofertar esses serviços, enquanto que outros começaram a realizar tais procedimentos, ao todo foram 93 municípios que realizaram procedimentos endodônticos no Estado da Bahia, no período em questão.  
 Dentre as Regiões de Saúde, notou-se que as de alto índice populacional determinavam maiores números de tratamentos endodônticos realizados. A colaboração mais relevante deste estudo foi fomentar a discussão sobre a atribuição dos Centros de Especialidades Odontológicas como estratégia vigente na oferta da atenção secundária diante da política nacional de saúde bucal, estabelecida no governo Lula, onde ainda se observa a deficiência quantos aos parâmetros para implantação e monitoramento destes serviços.   
 Por fim, este estudo sinaliza a necessidade de novas avaliações da produtividade dos CEO da Bahia e do Brasil, em endodontia e em relação às demais especialidades, a fim de se melhor compreender a evolução dos serviços prestados por estes centros e também uma avaliação em âmbito nacional, com o objetivo de se levantar problemas comuns e diferenças regionais na prestação destes serviços.

**REFERÊNCIAS**

1. Menicucci TMG. A política de saúde no governo Lula. Saude soc. [Internet]. 2011 Junho [citado em 2019 Mai 20] ; 20( 2 ): 522-532. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0104-12902011000200022&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000200022.
2. Organização Pan-americana da Saúde, Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, Brasília (DF); 2006.
3. Pucca Junior GA, Costa JFR, Chagas LD, Sivestre RM. Oral health policies in Brazil. Braz. oral res. [Internet]. 2009 [citado em: 2017 Nov 06] ;  23(Suppl 1): S9-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242009000500003&lng=en>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-83242009000500003>.
4. Ministério da Saúde (BR). Passo a passo das ações do brasil sorridente. Brasília (DF); 2013.
5. Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, Silveira FMM, Costa JFR, Pucca Júnior GA, et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. Cad. Saúde Pública [internet]. 2012 [citado em: 2017 Nov  07] ;  28(Supp1): S81-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001300009&lng=en>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300009>.
6. Chaves SCL, Cruz DN, Barros SG, Figueiredo AL. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2011 [citado em: 2017 Nov  07] ;  27( 1 ): 143-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000100015&lng=en>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000100015>.
7. Machado FCA, Silva JV, Ferreira MÂF. Factors related to the performance of Specialized Dental Care Centers. Ciênc. saúde coletiva [internet]. 2015 [citado em: 2017 Nov 07] ;  20( 4 ): 1149-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000401149&lng=en>
8. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev. Saúde Pública [internet]. 2000 [citado em: 2017 Nov 01]; 34 ( 5 ): 547-49. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000500018&lng=en>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000500018>.
9. Celeste RK, Moura FRR, Santos CP, Tovo MF. Análise da produção ambulatorial em municípios com e sem centros de especialidades odontológicas no Brasil em 2010. Cad. Saúde Pública [internet]. 2014 [citado em: 2017 Nov 07] ;  30( 3 ): 511-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000300511&lng=en>. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00011913>.
10. Scarparo A, Zermiani TC, Ditterich RG, Pinto MHB. Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente – sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro. Cad. saúde colet.  [Internet]. 2015  Dec [citado em:  2018  Set  10] ;  23( 4 ): 409-415. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1414-462X2015000400409&lng=en.  <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201500040153>.
11. Pinto ICM. Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental: o Caso das Organizações Sociais da Saúde na Bahia. [Tese de Doutorado]. Salvador (BA): Escola de Administração. Universidade Federal da Bahia; 2004. [citado em: 2018 Set 10].
12. Jesus WLA, Teixeira CF. Planejamento governamental em saúde no estado da Bahia, Brasil: atores políticos, jogo social e aprendizado institucional. Ciência & Saúde Coletiva. [Internet] 2014 [Citado em: 2018 Set 9]; 19(9): 3839-48. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n9/1413-8123-csc-19-09-3839.pdf>. DOI: 10.1590/1413-81232014199.11962013.
13. Tampieri CGO. Importância das guias de referência e contra referência para usuários e sistema de saúde. Web Artigos. [Internet]. 2010 [Citado em: 2018 Set 10]; Disponível em: <https://www.webartigos.com/artigos/importancia-das-guias-de-referencia-e-contra-referencia-para-usuarios-e-sistema-de-saude/34116>.
14. Ministério da Saúde (BR). Decreto 7580-11. Brasília (DF); 2011.
15. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2009 Fev [citado em: 2019 Mai 19] ; 25( 2 ): 259-67. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0102-311X2009000200004&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200004.
16. Chaves SCL, Almeida AMFL, Rossi TRA, Santana SF, Barros SG, Santos CML. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2017 June [citado em 2019 maio 25] ; 22( 6 ): 1791-1803. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1413-81232017002601791&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.18782015>.
17. Peres KG, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos JL, Barros AJD. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2012 Abr [citado em: 2019 Mar 15] ; 46( 2 ): 250-58. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0034-89102012000200007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000200007>.
18. Costa JLBM. Avaliação dos serviços públicos de endodontia nos centros de especialidades odontológicas de Minas Gerais. [Tese de Doutorado]. Minas Gerais (BR): Universidade Federal de Minas Gerais; 2016. [citado em: 2019 Mai 10].
19. Austregésilo SC, Leal MCC, Figueiredo N, Góes PSA. A Interface entre a Atenção Primária e os Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2015 Out [citado em: 2019 Mai 25]; 20( 10 ): 3111-20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1413-81232015001003111&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.12712014>.
20. Cecilio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad. Saúde Pública [Internet]. 1997 Set [citado 2019 Mai 27] ; 13( 3 ): 469-78. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0102-311X1997000300022&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300022.

**ANEXO A – MAPA DAS REGIÕES DE SAÚDE**

Figura 1. Mapa das Regiões de Saúde do estado da Bahia, ano 2017. 

Fonte: Superintendência de estudos econômicos e sociais da Bahia – Governo da Bahia, 2017.

**ANEXO B – DIRETRIZES PARA AUTORES**

Diretrizes para Autores

INSTRUÇÕES GERAIS

1. O manuscrito deverá ser escrito em idioma português, de forma clara, concisa e objetiva.

2. O texto deverá ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.), usando-se fonte Arial, tamanho 12, folha tamanho A4, espaço 1,5 e margens de 3 cm, perfazendo um máximo de 15 páginas, excluindo referências, tabelas e figuras.

3. O número de tabelas e figuras não deve exceder o total de seis (exemplo: duas tabelas e quatro figuras).

4. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas.

5. Todas as abreviaturas devem ser escritas por extenso na primeira citação.

6. Na primeira citação de marcas comerciais deve-se escrever o nome do fabricante e o local de fabricação entre parênteses (cidade, estado, país).

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Página de rosto

1.1 Título: escrito no idioma português e inglês.

1.2 Autor(es): Nome completo, titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação, especialização), afiliação (instituição de origem ou clínica particular, departamento, cidade, estado e país) e e-mail. O limite do número de autores é seis,

exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.

1.3 Autor para correspondência: nome, endereço postal e eletrônico (e-mail) e telefone.

1.4 Conflito de interesses: Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada.

Observação: A página de rosto será removida do arquivo enviado aos avaliadores.

2. Resumo estruturado e palavras-chave (nos idiomas português e inglês)

2.1 Resumo: mínimo de 200 palavras e máximo de 250 palavras, em idioma português e inglês

(Abstract).

O resumo deve ser estruturado nas seguintes divisões:

- Artigo original: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions).

- Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Conclusão (No Abstract: Purpose, Case description, Conclusions).

- Revisão de literatura: a forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória.

2.2 Palavras-chave (em inglês: Key words): máximo de seis palavras-chave, preferentemente da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou do Index Medicus.

3. Texto

3.1 Artigo original de pesquisa: deve apresentar as seguintes divisões: Introdução, Metodologia (ou Casuística), Resultados, Discussão e Conclusão.

- Introdução: deve ser objetiva e apresentar o problema, justificar o trabalho e fornecer dados da literatura pertinentes ao estudo. Ao final deve apresentar o(s) objetivo(s) e/ou hipótese(s) do trabalho.

- Metodologia (ou Casuística): deve descrever em seqüência lógica a população/amostra ou espécimes, as variáveis e os procedimentos do estudo com detalhamento suficiente para sua replicação.

Métodos já publicados e consagrados na literatura devem ser brevemente descritos e a referência original deve ser citada. Caso o estudo tenha análise estatística, esta deve ser descrita ao final da seção.

Todo trabalho de pesquisa que envolva estudo com seres humanos deverá citar no início desta seção que o protocolo de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética da instituição de acordo com os requisitos nacionais e internacionais, como a Declaração de Helsinki.

O número de registro do projeto de pesquisa no SISNEP/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado como arquivo suplementar na submissão on-line (obrigatório). Trabalhos com animais devem ter sido conduzidos de acordo com recomendações éticas para experimentação em animais com aprovação de uma comissão de pesquisa apropriada e o documento pertinente deve ser enviado como arquivo suplementar.

- Resultados: devem ser escritos no texto de forma direta, sem interpretação subjetiva. Os resultados apresentados em tabelas e figuras não devem ser repetidos no texto.

- Discussão: deve apresentar a interpretação dos resultados e o contraste com a literatura, o relato de inconsistências e limitações e sugestões para futuros estudos, bem como a aplicação prática e/ou relevância dos resultados. As inferências, deduções e conclusões devem ser limitadas aos achados do estudo (generalização conservadora).

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

3.2 Relatos de caso: Devem ser divididos em: Introdução, Descrição do(s) Caso(s) e Discussão.

4. Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. O apoio financeiro de organização de apoio de fomento e o número do processo devem ser mencionados nesta seção. Pode ser mencionada a apresentação do trabalho em eventos científicos.

5. Referências: Deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver Group), disponível no seguinte endereço eletrônico: <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>.

a. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses: (1), (3,5,8), (10-15).

b. Em citações diretas no texto, para artigos com dois autores citam-se os dois nomes. Ex: "De acordo com Santos e Silva (1)...". Para artigos com três ou mais autores, cita-se o primeiro autor seguido de "et al.". Ex: "Silva et al. (2) observaram...".

c. Citar, no máximo, 25 referências para artigos de pesquisa, 15 para relato de caso e 50 para revisão de literatura.

d. A lista de referências deve ser escrita em espaço 1,5, em seqüência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de “et al.”.

e. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index Medicus/ MEDLINE e para os títulos nacionais com LILACS e BBO.

f. O estilo e pontuação das referências devem seguir o formato indicado abaixo:

Artigos em periódicos:

Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. Caries Res 1992;26:188-93.

Artigo em periódicos em meio eletrônico:

Baljoon M, Natto S, Bergstrom J. Long-term effect of smoking on vertical periodontal bone loss. J Clin Periodontol [serial on the Internet]. 2005 Jul [cited 2006 June 12];32:789-97. Available from: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.2005.00765.x>

Livro:

Paiva JG, Antoniazzi JH. Endodontia: bases para a prática clínica. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1988.

Capítulo de Livro:

Basbaum AI, Jessel TM, The perception of pain. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. Principles of neural science. New York: McGraw Hill; 2000. p. 472-91.

Dissertações e Teses:

Polido WD. A avaliação das alterações ósseas ao redor de implantes dentários durante o período de osseointegração através da radiografia digital direta [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1997.

Documento eletrônico:

Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. Histopathology [monograph online]. Houston: Addison Boocks; 1998. [Acesso em 2001 jan. 27]. Disponível em <http://www.list.com/dentistry>.

Observações: A exatidão das citações e referências é de responsabilidade dos autores. Não incluir resumos (abstracts), comunicações pessoais e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de Referências.

6. Tabelas: As tabelas devem ser construídas com o menu “Tabela” do programa Word for Windows, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem de citação no texto (exemplo: Tabela 1, Tabela 2, etc) e inseridas em folhas separadas após a lista de referências. O título deve explicativo e conciso, digitado em espaço 1,5 na parte superior da tabela. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta seqüência:

\*,†, ‡, §, ||,,\*\*,††,‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, nem usar espaços para separar colunas. O desvio-padrão deve ser expresso entre parênteses.

7. Figuras: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros, etc) serão consideradas como figuras. Devem ser limitadas ao mínimo indispensáveis e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que são citadas no texto (exemplo: Figura 1, Figura 2, etc). As figuras deverão ser inseridas ao final do manuscrito, após a lista das legendas correspondentes digitadas em uma página única. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive as abreviaturas existentes na figura.

a. As fotografias e imagens digitalizadas deverão ser coloridas, em formato tif, gif ou jpg, com resolução mínima de 300dpi e 8 cm de largura.

b. Letras e marcas de identificação devem ser claras e definidas. Áreas críticas de radiografias e microfotografias devem estar isoladas e/ou demarcadas. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

c. Partes separadas de uma mesma figura devem ser legendadas com A, B, C, etc. Figuras simples e grupos de figuras não devem exceder, respectivamente, 8 cm e 16 cm de largura.

d. As fotografias clínicas não devem permitir a identificação do paciente. Caso exista a

Possibilidade de identificação, é obrigatório o envio de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.

e. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, e devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos.

f. OS CASOS OMISSOS OU ESPECIAIS SERÃO RESOLVIDOS PELO CORPO EDITORIAL

1. Departamento do Ministério da Saúde responsável pelo gerenciamento dos sistemas de informações de saúde pública, de acesso livre. [↑](#footnote-ref-1)
2. O SIGTAP Web permite a pesquisa de dados como: CID Principal, CID Secundário, CBO habilitado para realizar o Procedimento, qual o Código SIA-SIH que originou o Procedimento 10 dígitos atual, etc. [↑](#footnote-ref-2)
3. Acesso no seguinte endereço eletrônico: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=19122. [↑](#footnote-ref-3)
4. População: 6.492 (IBGE\_ estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 01/07/2015). [↑](#footnote-ref-4)
5. População: 34.478 (IBGE\_ estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 01/07/2015). [↑](#footnote-ref-5)
6. População: 21.617 (IBGE\_ estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 01/07/2015). [↑](#footnote-ref-6)
7. População: 73.380 (IBGE\_ estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 01/07/2015). [↑](#footnote-ref-7)
8. População: 2.921.087 (IBGE\_ estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 01/07/2015). [↑](#footnote-ref-8)
9. População: 218.324 (IBGE\_ estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 01/07/2015). [↑](#footnote-ref-9)
10. População: 343.230 (IBGE\_ estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 01/07/2015). [↑](#footnote-ref-10)
11. População: 15.091 (IBGE\_ estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 01/07/2015). [↑](#footnote-ref-11)
12. População: 219.680 (IBGE\_ estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 01/07/2015). [↑](#footnote-ref-12)
13. População: 26.441 (IBGE\_ estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 01/07/2015). [↑](#footnote-ref-13)
14. População: 33.183 (IBGE\_ estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 01/07/2015). [↑](#footnote-ref-14)
15. População: 11.437 (IBGE\_ estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 01/07/2015). [↑](#footnote-ref-15)
16. População: 7.353 (IBGE\_ estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 01/07/2015). [↑](#footnote-ref-16)
17. População: 10.882 (IBGE\_ estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 01/07/2015). [↑](#footnote-ref-17)
18. População: 38.492 (IBGE\_ estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 01/07/2015). [↑](#footnote-ref-18)
19. População: 23.478 (IBGE\_ estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 01/07/2015). [↑](#footnote-ref-19)
20. População: 29.406 (IBGE\_ estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 01/07/2015). [↑](#footnote-ref-20)
21. População: 35.403 (IBGE\_ estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 01/07/2015). [↑](#footnote-ref-21)
22. População: 617.528 (IBGE\_ estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 01/07/2015). [↑](#footnote-ref-22)
23. População: 286.919 (IBGE\_ estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 01/07/2015). [↑](#footnote-ref-23)
24. Em março de 2005 foi implantado o 1º CEO de Salvador (<http://cfo.org.br/website/salvador-ganha-primeiro-centro-de-especialidades-odontologicas/>)

    Em 2019, Salvador conta com seis (6) CEO – Alto da Cachoeirinha (S/Informação data inauguração), Cajazeiras (S/Informação data inauguração), Carlos Gomes (Inauguração: 2005), Federação (Inauguração: 2012), Mussurunga (Inauguração: 2015) e Periperi (Inauguração: 2006) <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>). [↑](#footnote-ref-24)
25. Regiões de Saúde: agrupamento de municípios limítrofes, formando um espaço geográfico que compreende identidades culturais, econômicas e sociais de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. [↑](#footnote-ref-25)