



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

RICARDO JORGE SANTOS

**CUSTOS COM SAÚDE BUCAL EM CENTROS DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DE FORTALEZA-CEARÁ.**

Fortaleza-CE

2012

RICARDO JORGE SANTOS

**CUSTOS COM SAÚDE BUCAL EM CENTROS DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DE FORTALEZA-CEARÁ**

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública
da Universidade Estadual do Ceará como
requisito parcial para a obtenção do grau
de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva.

Fortaleza-CE

2012



U.E.C.E

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - PMASP

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: "CUSTOS COM SAÚDE BUCAL EM CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE FORTALEZA-CE."

Nome do Mestrando: **Ricardo Jorge Santos**

Nome do Orientador: **Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA/CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM "POLÍTICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE".

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva
(Orientador)

Prof. Dr. Aldo Angelim Dias
(1º membro)

Profa. Dra. Sharmênia de Araújo Soares Nuto
(2º membro)

Data da defesa: 31/01/2012.

Ao meu pai, Seu Mariano, que me ensina, dia a dia, a ser uma pessoa melhor.

À minha mãe, Dona Helena (in memoriam), que com amor e carinho ensinou-me as primeiras letras.

Ao meu irmão Roberto, que me faz acreditar num mundo bom e honesto.

À minha esposa Aline, que é todo amor, mesmo nos momentos mais difíceis.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva, pela admirável gentileza, paciência e compreensão na competente orientação para elaboração desse trabalho.

Ao corpo docente do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública-CMASP, por todas as discussões e contribuições na realização desse trabalho.

Aos funcionários do CMASP, Mairla Alencar, Cláudia Freire e Maria Guedes Lima Brito, que sempre me trataram com distinção e carinho.

Aos professores doutores que participaram da Banca de Qualificação do projeto dessa dissertação, os professores Aldo Angelim Dias e Fernando José Pires de Sousa, pela inestimável ajuda.

Ao amigo e professor Antônio Sérgio Luz, que, ao longo de minha graduação, apresentou-me o apaixonante caminho da Saúde Pública.

Aos funcionários dos Centros de Saúde da Família e da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, pela colaboração com as informações para esse trabalho, e em particular à Paula Herandy, pela gentileza na ajuda do acesso às informações.

Aos meus colegas e amigos do Mestrado, pelos maravilhosos momentos de confraternização e troca de conhecimentos.

Aos colegas, Nelson Germano e Alessandro Zacarias, pela ajuda na formatação e diagramação desta dissertação.

Aos meus Queridos Amigos, que, em muitas vezes, por conta dessa dissertação, tivemos a privação do premiado convívio.

*“A morte não iguala ninguém:
há caveiras que possuem todos os dentes”.*

Mario Quintana, 1973

RESUMO

Nos últimos anos, vem crescendo e importância das avaliações econômicas em saúde, evidenciada principalmente pelo princípio básico da escassez de recursos diante das necessidades da população e pela criação, a partir da inovação tecnológica, de demanda por bens e serviços. Do mesmo modo, é crescente a necessidade de mais avaliações econômicas que expliquem acerca do desempenho das ações desenvolvidas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). O objetivo geral deste estudo é analisar os custos com Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF em Centros de Saúde da Família (CSF) de Fortaleza-CE, no período de julho a dezembro de 2009, com vistas a descrever a sua natureza, compará-los entre os CSF e os entre Distritos Sanitários, avaliar a equidade em sua alocação e colacioná-los com os valores praticados pelo mercado. Foram verificados os custos e a produtividade das ESB de trinta Centros de Saúde da Família do município, através da metodologia de custo por absorção. O custo total com saúde bucal dos CSF no período foi de R\$ 2.217.161,99, com principal componente desses custos as despesas com pessoal (93,76%), seguido de material de consumo odontológico (2,36%). O custo médio *per capita* com serviços de saúde bucal em Fortaleza no período foi de R\$ 2,43 e o custo médio por ESB foi de R\$ 27.692,85. O custo médio por procedimento odontológico individual para o município foi de R\$ 22,47 e a variação percentual dos custos reais com saúde bucal nos CSF e os custos simulados por valores de mercado foi 78%. Relacionaram-se as diversas modalidades de custos com indicadores de saúde bucal na Atenção Primária e com indicadores epidemiológicos de saúde bucal. Observou-se um comportamento variável entre as ESB quanto à produtividade e cobertura das ações, além da não utilização de critérios epidemiológicos por parte da gestão, na alocação dos recursos financeiros. As informações apuradas preenchem uma lacuna fundamental nos estudos existentes sobre as Equipes de Saúde Bucal em Fortaleza, possibilitando o planejamento mais preciso das ações das equipes e servindo de instrumento eficaz na gestão e no acompanhamento dos serviços. Contribui ao mesmo tempo, para o desenvolvimento de medidas que visem melhorar a atuação das ESB.

Palavras-chave: saúde bucal, avaliação em saúde, análise de custos.

ABSTRACT

In recent years, growing importance of economic evaluations and health, as evidenced primarily by the basic principle of scarcity of resources to the needs of the population and the creation, from the technological innovation, the demand for goods and services. Similarly, there is a growing need for more economic evaluations that expounding on the performance of actions developed by the Family Health Strategy (FHS). The general objective of this study is to analyze the costs of Oral Health Teams in ESF in the Family Health Centers (FSC) of Fortaleza-CE in the period from July to December 2009, in order to describe the nature, compare them with the CSF and between health districts to assess the equity in their allocation and collated them with market rates. We checked the cost and productivity of thirty ESB Family Health Centers of the city, through the methodology of cost absorption. The total cost of the CSF with oral health in the period was R\$ 2.217.161,99, with the main component of these costs Staff costs (93.76%), and followed by dental material consumption (2.36%). The average cost per capita on oral health services in Fortaleza was R\$ 2,43 and the average cost per ESB was R\$ 27.692,85. The average cost per individual dental procedure for the city was R\$ 22,47 and the percentage change in actual costs of oral health in CSF and cost-simulated market values was 78%. Related to the different types of costs of oral health indicators in primary care and oral health epidemiological indicators. There was a variable behavior of ESB as to the productivity and coverage of actions, and not the use of epidemiological criteria by the management, allocation of financial resources. The information collected fill a key gap in existing studies on the Oral Health Teams in Fortaleza, allowing more precise planning of the actions of teams and serving as an effective tool in the management and monitoring services. While contributing to the development of measures to improve the performance of ESB.

Keywords: oral health, health evaluation, cost analysis.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1 Epidemiologia da Saúde Bucal e Indicadores de Atenção Primária	18
2.2 Métodos de Avaliação Econômica.....	19
2.2.1 Avaliação Econômica Parcial em Saúde Bucal	20
2.2.2 Avaliação Econômica Completa em Saúde Bucal.....	21
2.3 Sistemas de Custeios	25
2.4 Financiamento dos Serviços de Saúde no SUS	29
3. OBJETIVOS.....	36
3.1 Geral.....	36
3.2 Específicos.....	36
4. METODOLOGIA.....	37
4.1 Tipo de Estudo	37
4.2 Caracterização da amostra.....	37
4.3 Coleta de dados.....	39
4.4 Centros de Saúde da Família participantes da pesquisa.....	44
4.5 Aspectos Éticos.....	52
5. RESULTADOS	53
5.1 Custo com Saúde Bucal nos Centros de Saúde da Família e nas Regionais	53
5.2 Custo médio por procedimento odontológico, Custo <i>per capita</i> com Saúde Bucal e Indicadores de Atenção Primária.....	58
5.3 Custo médio por procedimento odontológico, Custo <i>per capita</i> com Saúde Bucal e Custo médio por Equipe de Saúde Bucal das Regionais.....	61
5.4 Custo com saúde bucal de acordo com os Valores de Referência de Procedimentos Odontológicos (VRPO).....	61
6. DISCUSSÃO	63
7. CONCLUSÕES	69
REFERÊNCIAS	70
ANEXOS.....	75
ANEXO 1	76
ANEXO 2.....	79
ANEXO 3.....	80

LISTA DE SIGLAS

ABC – *Activity Based Costing*

ACB – Análise de custo-benefício

ACE – Análise de custo-efetividade

ACM – Análise de custo-minimização

ACU – Análise de custo-utilidade

ASB – Auxiliar em Saúde Bucal

CAP – Caixa de Aposentadorias e Pensões

CD – Cirurgião Dentista

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CPO-D – Dentes cariados perdidos e obturados

ceo-d – Dentes decíduos cariados com extração indicada e obturados

DES – Departamento de Economia da Saúde

DS – Distrito Sanitário

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

IAP – Institutos de Aposentadorias e Pensões

IDMH-B – Índice de desenvolvimento humano municipal por bairro

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde

NOB – Normas Operacionais Básicas

OSS – Orçamento da Seguridade Social

PAB – Piso de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNGC – Programa Nacional de Gestão de Custos

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal

PPT – Plano-preventivo-terapêutico

QALY – *quality adjusted life years*

SEPLA – Secretaria de Planejamento do Município de Fortaleza

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SEPLA – Secretaria de Planejamento e Orçamento do município de Fortaleza

SILOS – Sistemas Locais de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TSB – Técnico em Saúde Bucal

UBASF – Unidade Básica de Saúde da Família

UECE – Universidade Estadual do Ceará

UFC – Universidade Federal do Ceará

US – Unidade de Serviço

UTI – Unidade Terapia Intensiva

VRPO – Valores de Referência de Procedimentos Odontológicos

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Estatística descritiva dos indicadores da Atenção Primária em saúde bucal e de doença periodontal e média dos componentes do índice ceo-d e CPO-D, segundo Fortaleza, Ceará e Brasil, julho a dezembro de 2009.....	18
Tabela 2	Representatividade dos custos diretos e indiretos com saúde bucal no custo total dos Centros de Saúde da Família, julho a dezembro de 2009.....	52
Tabela 3	Representatividade dos custos diretos e indiretos no custo total com saúde bucal dos Centros de Saúde da Família, julho a dezembro de 2009.	53
Tabela 4	Demonstrativo dos custos com saúde bucal dos CSF, julho a dezembro de 2009.....	56
Tabela 5	Valores dos custos per capita e dos custos médio por procedimentos dos Centros de Saúde da Família e indicadores de Atenção Primária em saúde bucal, julho a dezembro de 2009.....	59
Tabela 6	Representatividade do custo médio por procedimento, do custo médio por ESB e do custo <i>per capita</i> com saúde bucal no custo total das Regionais, julho a dezembro de 2009.....	60
Tabela 7	Variação percentual entre os valores reais e simulados segundo VRPO, julho a dezembro de 2009.....	61

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Bairros e Regionais do município de Fortaleza-CE.	38
Figura 2	Mapa com os bairros que compõem a Regional I.	45
Figura 3	Mapa com os bairros que compõem a Regional II.....	46
Figura 4	Mapa com os bairros que compõem a Regional III.....	47
Figura 5	Mapa com os bairros que compõem a Regional IV	48
Figura 6	Mapa com os bairros que compõem a Regional V.....	49
Figura 7	Mapa com os bairros que compõem a Regional VI	50

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Critérios de rateio para a quantificação dos custos indiretos dos Centros de Saúde da família de Fortaleza-CE	40
Quadro 2	Centros de Saúde da Família participantes da pesquisa	51

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído no Brasil pela Constituição de 1988 com a finalidade de reorientar, de forma satisfatória, a assistência à saúde da população. É formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas (federais, estaduais e municipais) e por instituições privadas de maneira complementar, segundo contrato de direito público ou convênio. Seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais. Da mesma forma, aqueles deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização (BRASIL, 1988).

No alcance dessa descentralização, a Atenção Primária à Saúde é destacada pela sua importância no processo de reorganização dos sistemas municipais de saúde, sendo definida, segundo Andrade & Bueno & Bezerra (2006), como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação”.

Para isso, adota-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) como o modelo de Atenção Primária, operacionalizado mediante estratégias e ações (preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos) das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que se está inserido (PAIM, 2009).

As primeiras equipes da ESF foram implantadas no país em 1994 e eram compostas de um grupo multidisciplinar de profissionais: um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, recomendados a atender entre seiscentas e mil famílias residentes em base territorial específica, denominada área adscrita à equipe, aplicando os conceitos de Distrito Sanitário (DS) e Sistemas Locais de Saúde (SILOS) (MENDES, 2002).

Em 2000, as Equipes de Saúde da Família passam a ampliar suas ações, contando agora com Equipes de Saúde Bucal (ESB) em duas modalidades: ESB Modalidade I, composta por Cirurgião-Dentista (CD) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) e ESB Modalidade II: composta por CD, ASB e Técnico em Saúde Bucal (TSB) (ANDRADE *et al.*, 2006).

De acordo com Narvai (2008), antes das implantações das ESB, a chamada “Odontologia de mercado” era o modelo de atenção à saúde bucal hegemônico no Brasil,

sustentado pela tradição liberal-privatista da profissão, restrito ao espaço da clínica e centrado no indivíduo doente. Segundo esse modelo, a assistência odontológica prestada às pessoas ocorria mediante pagamento direto ou indireto dos serviços clínico-cirúrgicos realizados. Tais ações têm valor de troca e o preço de cada serviço é definido de acordo com as regras de funcionamento do mercado. No entanto, há vários problemas gerados com a utilização deste modelo, entre os quais, a segmentação das práticas de saúde em ramos de especialidades, que dificulta a integração das ações e a restrição de acesso, decorrente da transformação do cuidado odontológico em mercadoria, passível de ser adquirida apenas por quem tem recursos.

As implicações desse modelo de atenção às condições de saúde bucal da população foram apreciadas através dos resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do ano de 1998 (PNAD-1998), publicada pelo Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) em agosto de 2000. Esta pesquisa indicava que 29,6 milhões de brasileiros (18,7% da população) nunca tinham ido a um consultório odontológico. A porcentagem se elevava para 32% na área rural, onde o acesso ao dentista era inédito para 10,3 milhões de pessoas. Entre os brasileiros cujo rendimento familiar mensal era superior a vinte salários mínimos, apenas 4,1% nunca tinham ido ao dentista. No entanto, essa porcentagem alcançava 36,5% entre aqueles cujo rendimento familiar não chegava a um salário mínimo; atingindo 43,4% entre os grupos sem rendimentos da região Nordeste (BRASIL, 2000).

A inserção da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família representou uma nova perspectiva de reorganizar o modelo de atenção à saúde, ampliando o acesso às ações de saúde bucal, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias. De Janeiro de 2001 até dezembro de 2010, foram implantadas 31.660 Equipes de Saúde da Família em 5.294 municípios do Brasil com cobertura populacional estimada em 52,23%. Neste mesmo período, 20.424 Equipes de Saúde Bucal foram implantadas na Estratégia Saúde da Família em 4.830 municípios (BRASIL, 2010a).

O alcance desses resultados deve-se, em parte, à Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) implantada no país desde 2004 cujo programa engloba diversas ações do Ministério da Saúde, buscando melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. Denominada de Brasil Sorridente, tem como principal meta a reorganização da Atenção Primária, optando pela Estratégia de Saúde da Família como proposta preferencial. Dentro desta lógica, amplia-se a atenção na rede primária, aumentando, além das ações de promoção à saúde bucal, o leque de procedimentos clínicos ofertados pelas equipes ajudando assim, a melhorar a resolutividade das ações de saúde (PUCCA, 2006).

A viabilização dessas políticas de saúde bucal implica na garantia de recursos financeiros públicos necessários para reforma de equipamentos odontológicos danificados (em muitos casos, compra de novos consultórios completos), aquisição de instrumentais odontológicos, material de consumo, manutenção de equipamentos e contratação de profissionais. A política Brasil Sorridente aumentou o valor dos incentivos repassados pela União para as Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família em 2010: as ESB modalidade I recebem R\$ 24 mil ao ano e as de modalidade II, R\$ 31,2 mil ao ano (BRASIL, 2010b).

No entanto, em assistência à saúde, não se pode adotar todas as medidas desejadas, pois os recursos são quase sempre escassos em comparação às ilimitadas necessidades de saúde da população. É preciso então, na tomada das decisões na alocação dos recursos, o uso de instrumentos e técnicas de avaliação, como análises epidemiológicas para determinar a eficácia e efetividade das intervenções e de análises econômicas, que calculem a relação entre os efeitos e os custos incorridos (SILVA, 2004).

Esses instrumentos e técnicas de avaliação dos resultados e dos impactos das ações do SUS sobre as condições de saúde da população propiciam a permanente seleção de prioridades de intervenção e a reprogramação contínua da alocação de recursos. Além disso, as avaliações objetivam também ajudar no planejamento de uma intervenção, fornecendo informações para melhorá-la no seu decorrer, analisando os efeitos desta para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma significativa ou mesmo interrompida (HARTZ & SILVA, 2008).

Embora nos últimos anos tenha-se aumentado consideravelmente pesquisas sobre avaliação em saúde, a questão da análise de custos e seus efeitos, avaliação econômica, não têm sido abordados com a mesma intensidade. Segundo Rocha Filho & Silva (2009), ainda é significativa a carência de estudos sobre a eficiência econômica das equipes da ESF. Lembrando que, sendo insuficientes os recursos financeiros para um sistema que pretende ser universal e integral diante das crescentes necessidades da população, ressalta-se a urgência de estudos que realizem avaliações econômicas das equipes.

Surgiu, então, a idéia de desenvolvimento do presente estudo, onde se pretende realizar uma análise econômica das ações em saúde bucal na Atenção Primária de Fortaleza-Ceará, buscando responder às seguintes indagações: Quanto é o custo total com saúde bucal na Atenção Primária do município de Fortaleza? Qual o custo, dentro de um Centro de Saúde da Família, de uma Equipe de Saúde Bucal? Há equidade na alocação dos recursos financeiros

nas Equipes de Saúde Bucal do município? Estamos obtendo melhor e maior benefício possível em Saúde Bucal pelos recursos que são utilizados?

Esses questionamentos podem ainda ser reforçados com a indagação: a assistência odontológica é realmente muito onerosa? É pertinente a pergunta, pois, durante a minha formação acadêmica em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará, ouvia boa parte dos professores apregoarem que a prática odontológica é caracterizada como individualista, curativa, pouco acessível e cara. A não oferta de serviços odontológicos à população em períodos anteriores à criação das Equipes de Saúde Bucal na ESF era, à época, justificada pelo alto valor de implantação e operação do serviço.

Segundo Paim (2009), desde a criação do SUS, muitos avanços foram alcançados no desenvolvimento de ações na atenção à saúde e, em especial, na atenção à saúde bucal. Entretanto, persistem inúmeros problemas de ordem gerencial e assistencial que repercutem negativamente sobre a qualidade da atenção à saúde pública oferecida no país. A apuração e o controle de custos em saúde, essencialmente, servem de instrumentos eficazes de gestão e acompanhamento dos serviços; em segunda instância, permitem a implantação de medidas corretivas que visem melhor atuação das unidades de saúde, com base na redefinição das prioridades, no aumento da produtividade e na racionalização do uso de recursos.

Atento a isso, o Departamento de Economia da Saúde (DES), vinculado à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde (MS), criou em 2006 o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme o Ministério da Saúde, o PNGC surgiu da necessidade de conhecer os custos dos produtos e serviços, para apurar e avaliar seus respectivos resultados, além da necessidade de desenvolver uma cultura de gestão de custos no país (BRASIL, 2006).

A gestão de custos para instituições de saúde, proposto pelo PNGC, tem como finalidade calcular os custos dos serviços prestados; fornecer a todos os setores da instituição informações referentes a seus recursos, estimulando a co-responsabilidade numa real gestão dos custos; auxiliar a tomada de decisão, a definição orçamentária, a política de investimentos e o planejamento das atividades operacionais; permitir o intercâmbio de informações e a comparação de resultados entre instituições e por fim, facilitar a identificação de atividades ineficientes na aplicação de recursos e na prática organizacional (BRASIL, 2006).

O Ministério destaca ainda alguns potenciais benefícios da implantação do programa de gestão de custos: avanço na qualidade de gestão do SUS, fortalecimento de parcerias com as três esferas do SUS por intermédio da melhoria na pactuação de metas, otimização de

recursos e disposição de dados sobre custos de diferentes unidades de saúde, oferecendo maior transparência das contas públicas e fortalecendo o controle social (BRASIL, 2006).

Segundo MATOS (2005), conforme um sistema de custos se consolida, vários parâmetros passam a ser gerados como referência para o planejamento e estabelecimento das ações em saúde para a população. Os dados históricos de custos então se tornam vitais para o exercício do planejamento, ao mesmo tempo em que este é pré-requisito inquestionável à avaliação do desempenho dos sistemas de saúde. Todas estas questões passam a representar uma necessidade clara à gestão dos sistemas de saúde, as quais podem ter respostas adequadas por meio de informações de custos dos serviços prestados nas unidades de saúde.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Epidemiologia da Saúde Bucal e Indicadores de Atenção Primária do Município

Entre os anos de 2006 e 2007, o perfil da saúde bucal da população fortalezense foi identificado a partir de levantamento epidemiológico realizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e publicado em Boletim Epidemiológico de 2010. Segundo dados deste levantamento, quase 10% dos bebês de 18-36 meses apresentaram pelo menos um dente decíduo com experiência passada ou presente de cárie dentária e esta proporção chegou a 45% das crianças de 5 anos. Em relação à cárie dentária na dentição permanente, quase 53% das crianças de 12 anos de idade e 80% dos adolescentes de 15-19 anos apresentaram pelo menos um dente permanente com experiência da doença, enquanto a prevalência entre os adultos e idosos atingiu 100% da população (FORTALEZA, 2010).

Tabela 1 – Estatística descritiva dos indicadores da Atenção Primária em saúde bucal e de doença periodontal e média dos componentes do índice ceo-d e CPO-D, segundo Fortaleza, Ceará e Brasil.

Indicadores	Fortaleza	Ceará	Brasil
Indicadores da Atenção Primária			
Primeira consulta programática (%)	1,21 ^d	6,3 ^d	6,94 ^d
Escovação dental supervisionada (%)	5,35 ^d	8,15 ^d	3,00 ^d
Indicadores de saúde bucal			
ceo-d (faixa etária 5 anos)	1,62 ^a	3,17 ^b	2,80 ^c
CPO-D (faixa etária 12 anos)	1,54 ^a	3,04 ^b	2,78 ^c
Doença periodontal (faixa etária 15 – 19 anos)	71,67 ^a	65 ^b	53,82 ^c

a) Boletim Epidemiológico Fortaleza-CE, 2006-2007.

b) Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal no Estado do Ceará, 2004.

c) Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira, 2002-2003.

d) SAI-SUS.

Nesse mesmo levantamento, tendo como base o índice CPO-D (dentes permanentes cariados, perdidos e obturados), o valor médio do município para a faixa etária de 12 anos e de 15-19 anos foi de 1,54 e 3,96, respectivamente. Em adultos o CPO-D médio foi de 18,71 e em idosos o valor foi de 27,85. O estudo apontou ainda que, tendo como base o índice ceo-d (correspondente ao CPO-D para dentição decídua) o valor médio para bebês de 18-36 meses foi de 0,23 e o ceo-d para crianças na faixa etária de 5 anos foi de 1,62. Em relação à doença periodontal foi identificado, segundo a pesquisa, que 71,67% da população, entre 15 e 19 anos

de idade, apresentam comprometimento da saúde periodontal quanto à higidez, sangramento e presença de cálculo e bolsa. Em adultos esse percentual foi de 87,07% e em idosos, 95,74% (tabela 1).

Em se tratando dos indicadores de saúde bucal que medem a cobertura populacional na Atenção Primária, o município de Fortaleza, de julho a dezembro de 2009, apresentou como percentual de pessoas que tiveram acesso ao serviço de primeira consulta odontológica programática em relação à população local o valor de 1,21%. Neste mesmo período, o percentual de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação e supervisão de um profissional de saúde no município foi de 5,35%. (tabela 1).

Segundo notícia do coordenador de Saúde Bucal do Município, Aníbal Araújo Pinto, publicada em julho de 2011, no Jornal Diário de Nordeste, apenas 30% da população de Fortaleza têm acesso a serviço público de saúde bucal, o que representa cerca de 750 mil pessoas atendidas. Há, segundo o Coordenador, uma demanda reprimida para atendimento de algumas especialidades odontológicas como Ortodontia, Endodontia e principalmente Prótese dentária.

2.2 Métodos de Avaliação Econômica

Em saúde, há a presença de um constante dilema entre o que o serviço público pode oferecer e o que o público necessita dele. O ideal seria que todas as ações demandadas pudessem ser ofertadas, sem necessidade de restringir e racionalizar as intervenções. Entretanto, sendo os orçamentos limitados, é necessário, portanto, conhecer os benefícios e os custos de atividades e programas para que as escolhas sejam racionais, em prol do conjunto da sociedade (SILVA, 2004).

Com a finalidade de racionalizar a provisão dos serviços de saúde para atender a demanda, criam-se estratégias para avaliá-los economicamente onde, a principal abordagem neste tipo de avaliação reside na comparação de custos e benefícios associados a uma intervenção ou a um programa de saúde, apresentando diferenças fundamentais na mensuração dos benefícios e semelhanças nos cálculos dos custos. Deste modo, de acordo com SILVA (2004), a análise econômica utiliza um conjunto de procedimentos ou técnicas que procuram identificar e tornar explícitos critérios que possam ser úteis na decisão de como usar os escassos recursos.

Há distinção entre uma análise de custos (avaliação econômica parcial) e uma verdadeira avaliação econômica (avaliação econômica completa). A análise de custos considera custos ou desfechos sem envolver uma comparação entre alternativas ou sem

relacionar os custos às conseqüências. A avaliação econômica completa compara custos e desfechos de duas ou mais alternativas terapêuticas, utilizando modalidades de enfoque do tipo custo-efetividade, custo-minimização, custo-benefício e custo-utilidade (CASTRO, 2000).

Nestes tipos de avaliação, o numerador representa a quantidade de recursos utilizados (custos) com a implantação da estratégia ou da intervenção, quantificados em termos monetários, enquanto o denominador representa a forma de mensurar ganho de saúde (efetividade, minimização, benefício e utilidade) sendo o que de fato define o tipo de análise.

2.2.1 Avaliação Econômica Parcial em Saúde Bucal

As avaliações econômicas parciais em Odontologia apresentam uma coleção maior de estudos e correspondem às análises de custos de programas ou serviços. Ferreira & Loureiro (2008) realizaram trabalho nesse sentido, cujo objetivo foi avaliar os custos de implantação e manutenção da assistência odontológica no setor público. O trabalho intitulado “Custos para implantação e operação de serviço de saúde bucal na perspectiva do serviço e da sociedade”, mostrou que, para o serviço, o custo total no primeiro ano de implantação de uma unidade odontológica com sete consultórios foi de R\$ 860.643,67 e de R\$ 545.419,23 o custo para operação, sendo clínica geral a especialidade mais dispendiosa. Para a sociedade, o custo total foi de R\$ 990.065,06 (implantação) e R\$ 668.369,55 (operação) e o serviço ofertado mais caro foi a prevenção de doenças bucais. Entre algumas conclusões, os autores apontam que, devido ao alto custo, as intervenções preventivo-promocionais realizadas no ambiente clínico do consultório dentário não deveriam ser recomendadas, devendo ser substituídas por ações populacionais amplas e de menor custo.

Em outro estudo de avaliação econômica parcial, Silva & Cauás (2004) avaliaram o custo cirúrgico em vítimas de trauma de face no Hospital da Restauração em Recife-PE. Como método utilizado, avaliaram todos os pacientes operados pela clínica de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial (CTBMF) isoladamente ou em conjunto com outras clínicas cirúrgicas, no período de março de 2001 a fevereiro de 2003, totalizando 309 pacientes. Os resultados obtidos no período de março de 2001 a fevereiro de 2002 mostraram um gasto de R\$ 71.574,01 para 129 pacientes e no período de março de 2002 a fevereiro de 2003, de R\$ 123.036,50 para 180 pacientes. Concluíram que a clínica de CTBMF representou em média 8,5% dos gastos totais do Hospital em cirurgia no período.

Ainda na linha de avaliação parcial, Wennhall *et al.* (2010) analisaram custos de um programa de saúde bucal para crianças pré-escolares em uma área de baixo nível

socioeconômico na Suécia. O objetivo foi calcular o custo total e os custos líquidos por criança incluída em um programa de controle de cárie para pré-escolares e fazer estimativas dos custos esperados para menor e maior em uma análise de sensibilidade. Os resultados revelaram um custo total estimado de €310 euros por criança incluída no programa de 3 anos. Pela análise, os autores concluíam que 50% dos custos foram aplicados no primeiro ano do programa e que as despesas de pessoal representaram 45 % dos custos totais.

Os três trabalhos descritos anteriormente são exemplos que mostram como se conformam as avaliações econômicas parciais: delineamento e descrição dos custos com o serviço ou programa, sem que haja comparação entre as alternativas. Para Drummond (1997), “as avaliações parciais não devem ser consideradas estudos sem utilidade, uma vez que podem constituir estágios intermediários fundamentais para o entendimento dos custos e dos resultados dos serviços de saúde”.

2.2.2 Avaliação Econômica Completa em Saúde Bucal

As avaliações econômicas completas, diferentes das avaliações parciais, relacionam custos com medidas de benefício à saúde. Como já fora descrito antes, podem ser do tipo custo-efetividade, custo-benefício, custo-minimização ou custo-utilidade.

As análises de custo-efetividade (ACE) procuram maximizar os objetivos de programas, projetos ou ações de saúde. Avalia qual, dentre uma série de intervenções possíveis, alcança um determinado objetivo pelo menor custo. Nesse caso, investiga a melhor maneira de alcançar um único desfecho preestabelecido, comparando os custos de diferentes alternativas de programas, projetos ou ações de saúde. Esta análise mensura os custos em unidades monetárias divididos por uma unidade não monetária, chamada de unidade natural, como por exemplo, anos de sobrevida do paciente ou número de casos de cárie detectados após determinada intervenção. As etapas fundamentais de uma ACE são: identificar os objetivos do projeto; traduzir os objetivos em dimensões operacionais ou metas; especificar as alternativas que serão avaliadas; determinar a estrutura de custos correspondente a cada alternativa; medir o grau de concretização dos objetivos propostos e por fim, comparar as alternativas entre si pelo cálculo de razão de custo-efetividade. Sua limitação técnica é não permitir a análise de intervenções para desfechos diferentes (CASTRO, 2000; SILVA, 2004; MATOS, 2005).

Nos trabalhos de avaliação em saúde bucal, este tipo de análise de custo-efetividade é utilizado para indicar, por exemplo, possível viabilidade econômica dos programas preventivos com utilização de flúor em áreas de alto risco de cárie. Nesse sentido, Frias *et al.*

(2006) publicaram trabalho intitulado “Custo da fluoretação das águas de abastecimento público: um estudo de caso na cidade de São Paulo, Brasil, 1985-2003”. Neste trabalho, os autores avaliaram que a ação do flúor mostrou-se efetiva, pois para a idade de 12 anos observou-se, redução de 73% na experiência de cárie dentária, sendo que em 1986 a média do índice CPO-D era de 6,47 e em 2002 foi de 1,75. O custo médio *per capita*/ano na cidade de São Paulo foi de R\$ 0,08 (US\$ 0,03) em 2003. O custo acumulado *per capita* em 18 anos de implantação do sistema de fluoretação foi à época de R\$ 1,44 (US\$ 0,97). Há de se ponderar acerca do estudo descrito que, a presença do flúor em águas de abastecimento constitui apenas uma entre algumas efetivas ações simultâneas que afetam o índice CPO-D e, portanto, a prevalência da doença cárie.

Em outro estudo econômico que se propõe avaliar a razão de custo-efetividade, Ferreira & Loureiro (2010) estudaram o peso econômico dos cuidados com saúde bucal na área pública. Os autores coletaram dados de 7.825 pacientes tratados por 13 dentistas, durante o ano de 2004 no município de Sabará no Estado de Minas Gerais. Foram levantados custos de capital e custos operacionais, onde dois componentes foram considerados: custo-oportunidade e depreciação. Como resultado, os autores constataram que, sob a perspectiva do serviço odontológico, a melhor razão de custo-efetividade foi a consulta de emergência em todas as especialidades (R\$ 10,99 para R\$ 12,98), seguida por prevenção, dentística, endodontia e prótese. Sob o ponto de vista da sociedade a melhor razão de custo-efetividade foi a consulta de emergência para todas as especialidades (R\$ 1,43 para R\$ 2,31), seguida de endodontia, prevenção, prótese e dentística.

A análise de custo-benefício (ACB) efetua a comparação entre custos e benefícios associados a diferentes alternativas de intervenção ou programas de saúde, sendo os custos e os benefícios apresentados sob forma de unidades monetárias. As etapas metodológicas relacionadas à realização de uma ACB são: determinar o objetivo da análise; identificar alternativas/opções; avaliar as variáveis disponíveis (resultados, riscos, sensibilidade, custos resultantes ou financiamento); analisar resultados e outros critérios de avaliação e por fim, selecionar a melhor opção com base em custos/benefícios aceitáveis. A principal vantagem da ACB é a possibilidade de comparação entre intervenções ou programas de saúde que apresentem desfechos diferentes. Além disso, os resultados dessa análise indicam com clareza um patamar mínimo a partir do qual os benefícios da intervenção ou do programa de saúde compensam seus custos (CASTRO, 2000; SILVA, 2004; MATOS, 2005).

A análise custo-benefício pode ser exemplificada em Odontologia pelo trabalho de Garone Netto & Sobral (1991). Com o título: “Avaliação da relação custo-benefício de um

forramento”, os autores empregaram alguns cimentos odontológicos, a base de óxido de zinco-eugenol e a base de ionômero de vidro, com a finalidade de proteger o complexo dentino-pulpar durante preparo cavitário do dente. Foram aplicados os cimentos até que os mesmos se desgastassem na cavidade dentária, obtendo assim um número de forramentos para cada marca comercial utilizada. A seguir, por meio de uma simples pesquisa de preços, foi estabelecida uma relação custo-benefício entre o tipo de material de forramento utilizado e os honorários de uma restauração.

A análise de custo-minimização (ACM), também denominada custo-identificação ou custo-eficiência, compara duas alternativas de programas, projetos, ou ações de saúde, que tenham o mesmo resultado (alcançam mesmo objetivo) e escolhe aquela com o menor custo, ou seja, é somente a busca da alternativa mais barata. Em saúde bucal, esse tipo de análise é aplicável para comparação de diferentes técnicas ou tratamentos clínicos desempenhados (CASTRO, 2000; SILVA, 2004; MATOS, 2005).

Costa Filho *et al.* (2008) publicaram trabalho abordando esta metodologia: avaliaram a assistência odontológica fornecida a cerca de 4 mil funcionários e dependentes de um hospital privado, a partir da coleta mensal de valores financeiros e sobre o tipo e número de procedimentos realizados. A análise foi dividida em três momentos: o primeiro, chamado linha de base, quando a assistência odontológica fornecida era terceirizada por uma empresa que operava com rede credenciada; o segundo, quando houve uma renegociação de preços com a prestadora dos serviços e finalmente o terceiro, quando a assistência passa a ser feita por um serviço de odontologia próprio sem a intermediação de uma prestadora e com profissionais remunerados através de valores fixos. Foram observados, nos resultados, que a renegociação de preços reduziu os custos em cerca de 37% em relação à linha de base, ao passo que o serviço próprio reduziu os custos em 50%. A renegociação de preços provocou uma diminuição de 31% no número de procedimentos realizados sem modificar o perfil da assistência, ao passo que o serviço próprio não causou diminuição na quantidade de serviços, mas modificou o padrão da assistência, pois se aumentou o número de procedimentos relacionados com as causas das doenças bucais e reduziram-se os procedimentos cirúrgico-restauradores.

A análise de custo-utilidade (ACU) busca unir aspectos econômicos, clínicos e humanísticos na valoração dos benefícios obtidos em intervenções ou programas de saúde. Assim, há a incorporação de um critério de qualidade de vida na mensuração dos benefícios das alternativas em avaliação. Essa análise avalia o valor de recursos gastos em um programa

ou em uma intervenção em saúde quanto ao resultado medido em termos de unidades não monetárias ajustadas por qualidade de vida (CASTRO, 2000; SILVA, 2004; MATOS, 2005).

Um dos principais indicadores utilizados na ACU é o QALY (*quality adjusted life years*), ou anos de vida ajustados pela qualidade, medida que combina quantidade de tempo com qualidade de vida atribuída a um determinado estado de saúde, permitindo inclusão de mortalidade, morbidade e preferências. Existem diferentes formas de gerar QALYs, incluindo aplicação de entrevistas e questionários em amostras populacionais, que buscam ordenar os estados de saúde preferidos pelos indivíduos ou pesquisas nas quais os indivíduos atribuem notas a diferentes estados de saúde; e ainda, pesquisas que atribuem relações conflituosas entre expectativa de vida e saúde perfeita (SILVA, 2004).

Estudos relacionados com o método ACU em Odontologia são incomuns, porém, perfeitamente aplicáveis, bastando para isso cuidado na sistematização dos custos. Por exemplo, a realização de uma análise de custo-utilidade em pacientes com tratamento quimioterápico e cirúrgico para câncer oral. Avaliar-se-ia o valor dos recursos gastos na terapêutica relacionando-o aos anos de vida ajustados pela qualidade da motricidade do sistema estomatológico.

Para elaboração deste trabalho, durante o processo de pesquisa de estudos sobre avaliações econômicas em saúde, foi visto que, no Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará, são poucas as dissertações defendidas que versam sobre o tema. O referido mestrado foi instituído no ano de 1994 e atualmente conta com três linhas de pesquisas: Políticas, Gestão e Avaliação em Saúde; Saúde e Sociedade e Situação de Saúde da População, tendo na primeira, entre seus campos temáticos a Economia da Saúde. Dentre as 233 dissertações defendidas no período de 1996, as primeiras desde sua criação, até o ano de 2010, apenas nove relacionaram-se com o tema. O número de estudos em Economia da Saúde ainda é muito incipiente em comparação aos outros campos temáticos das linhas de pesquisas, não sendo, no entanto, um problema próprio do mestrado da UECE.

No Brasil, segundo Ferreira & Loureiro (2006) é acanhada a prática de pesquisas e avaliações econômicas nos serviços de saúde, ainda que do tipo mais simples. O reduzido número de estudos em Economia da Saúde e de literatura científica acerca do assunto é ainda mais restrito a respeito de análises de custos de serviços públicos em saúde bucal. A dificuldade central na elaboração dessas avaliações econômicas, segundo Ferraz (2008), está na disponibilidade, no acesso e na qualidade dos valores monetários envolvidos nas ações de saúde. Sem a presença criteriosa desses valores, é impraticável realizar o monitoramento dos

custos e assegurar que os processos estão sob controle e que os recursos sejam usados eficientemente.

Desta maneira, para viabilizar a realização de qualquer tipo de estudo de avaliação econômica deve-se inicialmente introduzir, nas organizações e centros de saúde, sistemas de custos. Estes sistemas de custos organizam as informações financeiras existentes e estabelecem outras fundamentais para realizar avaliações econômicas dos serviços.

2.3 Sistemas de Custos

Sistemas de custos são instrumentos gerenciais com utilização bem disseminada em empresas privadas que buscam um maior controle em seus gastos e maior competitividade no mercado. No entanto, a quase totalidade das instituições de saúde do país, sobretudo no setor público, desconhece a sua estrutura de custos, usando como indicador de controle de custos apenas suas receitas. As diferentes abordagens de sistemas de custos (custeio por absorção, custeio direto e custeio baseado em atividades) não têm características mutuamente excludentes, ou seja, é possível a adoção simultânea das alternativas, cada uma com um conjunto de informações específicas às funções de controle e planejamento das operações de uma instituição de saúde (CHING, 2001; MATOS, 2005; MARTINS, 2008).

A metodologia de custeio por absorção representa o instrumento mais tradicional de gestão de custos. Este método consiste na apropriação de todos os custos de produção aos bens produzidos ou serviços prestados, ou seja, considera os custos diretos, indiretos, variáveis e fixos. Segundo Castro (2000), a apropriação dos custos diretos de um produto envolve etapas, onde inicialmente é preciso identificar as atividades diretamente executadas por cada centro de custo e posteriormente realizar a especificação dos recursos usados em cada centro de custos, sendo, para isso, necessário conhecer a quantidade de matéria-prima e de mão de obra utilizada.

Já no processo de cálculo dos custos indiretos dos serviços sob a orientação do custeio por absorção é necessária a adoção de critérios de rateio entre os centros de custos da instituição. De acordo com Beulke (2008), critérios de rateio consistem em estabelecimento das condições de distribuição dos custos, de forma a representar um parâmetro de utilização dos custos indiretos entre os centros de custos, permitindo a geração de um custo final dos serviços, sob um grau de consistência aceitável.

É importante ressaltar que a utilização dos critérios de rateio tem sido objeto de discussão sobre sua validade, em razão do nível de arbitrariedade que eles compreendem. Segundo Matos (2005), “muitos profissionais definem que não é possível apropriar os custos

indiretos e os custos dos centros auxiliares e administrativos com absoluta precisão, em razão da dificuldade de se encontrar critérios de rateio que permitam o alcance dessas condições”.

Acerca ainda sobre custos indiretos, é indispensável ao seu cálculo a utilização do conceito de centros de custo. Esses são, segundo Martins (2008), áreas geradas por departamentalização que se destinam então, a separar as atividades da instituição com a natureza de cada uma delas, procurando assim, maior eficiência nas operações, em termos de responsabilização. Em unidades de saúde, como os Centros de Saúde da Família (CSF) no município de Fortaleza, os consultórios odontológicos funcionam como centros de custos. Neles são contabilizados os custos diretos na oferta do serviço odontológico além dos custos indiretos rateados entre os demais centros de custos do CSF.

Utilizando o método de análise de custeio por absorção, Raupp *et al.* (2007), realizaram estudo intitulado: “Gestão de Custos Hospitalares por meio do custeio por absorção: o caso da Maternidade Carmela Dutra”. Neste trabalho os autores analisaram o processo de gestão de custos desenvolvido durante o segundo semestre do ano 2006 em uma instituição hospitalar pública, a Maternidade Carmela Dutra, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Houve uma sistematização dos custos em grupos: pessoal (salários e encargos), serviços de terceiros (vigilância e limpeza), materiais de consumo e gastos gerais (água, energia elétrica e telefone). Os centros de custos foram determinados por meio dos serviços desenvolvidos por eles e definidos como: ambulatório, pronto-socorro/admissão e berçário/ UTI neonatal.

De acordo com os autores do estudo, o custo total do ambulatório, por exemplo, foi de R\$ 60.920,39 com 1.681 consultas registradas. A obtenção do custo unitário se deu a partir da divisão do custo total pela quantidade de consultas efetuadas obtendo-se com isso um custo unitário de R\$ 36,24 por consulta ambulatorial efetuada. Em relação ao serviço de berçário/ UTI neonatal, a pesquisa mostra que este setor dentro do hospital tem custo total de R\$ 251.070,72 com 324 pacientes atendidos e custo unitário médio para cada paciente de R\$ 774,51. Já o serviço de pronto-socorro/admissão os valores de custo total foi da ordem de R\$ 64.997,03 para um atendimento a 1.588 pacientes num custo unitário médio de R\$ 40,93 (RAUPP, CRISPIM & ALMEIDA, 2007).

Ao contrário do custeio por absorção, o sistema de custeio direto, também denominado custeio variável, consiste em uma abordagem que apenas se apropria dos custos variáveis, tanto diretos quanto indiretos. Enquanto as informações geradas pelo custeio por absorção correspondem a um retrato dos custos sob determinado volume de operações, a metodologia de custeio direto oferece possibilidades claras de análise do comportamento dos custos diante

de diferentes níveis de atividade, de decisão sobre preços em situações de capacidade ociosa, de adequações do *mix* dos serviços visando à melhoria da rentabilidade e formação de preços de venda (MATOS, 2005; BEULKE, 2008).

A adoção do custeio variável requer a realização das seguintes tarefas: separação dos custos em fixos e variáveis; alocação dos custos variáveis aos respectivos produtos e/ou serviços; cálculo da margem de contribuição das margens e por fim, a subtração, da margem da contribuição total da empresa, dos custos fixos a fim de obter o lucro da empresa.

Nesse sentido, Ferreira (2005), desenvolve estudo denominado “A utilização do custeio variável como ferramenta de gestão em hospitais privados: um estudo empírico”, que se propõe a discutir de que forma o custeio variável poderá auxiliar os hospitais privados na avaliação de resultados dos seus produtos e serviços ofertados. Com o objetivo de demonstrar o funcionamento do custeio variável o autor idealizou um hospital particular que oferta serviços médicos, de enfermagem e de diagnósticos. O estudo permite compreender como são identificados os custos por comportamento, o cálculo da margem de contribuição de cada serviço ofertado e ainda como se efetua o cálculo desta margem de contribuição total no lucro que está sendo gerada pelos produtos comercializados pelo hospital.

O custeio baseado em atividades (ABC - *Activity Based Costing*) representa uma das mais recentes conquistas da área de gestão de custos e resultados. A descrição dos custos sob a segmentação das atividades, e não por itens de custos (como os sistemas tradicionais descrevem), proporciona uma nova visão de análise - o gestor passa a avaliar se a atividade utilizada para a geração dos serviços, sob determinado custeio, é compatível com o nível de valor agregado ao produto ou ao serviço prestado. A lógica do sistema ABC considera que a instituição é formada por um conjunto de atividades. E ainda assume que são essas atividades, e não os produtos, que consomem os recursos e que a análise dos custos deve ser focada no nível de atividades e não de departamentos. Portanto, o sistema ABC pode ser uma boa escolha quando a instituição oferta serviços e utiliza grande quantidade de recursos indiretos em seu processo (CHING, 2001).

Miranda *et al.* (2007), publicaram o trabalho “Custeio ABC no ambiente hospitalar: um estudo nos hospitais universitários e de ensino brasileiros”, onde informaram que o Custeio ABC é bastante conhecido dos gestores hospitalares, porém, o número de usuários ainda é relativamente pequeno, apenas 15% da amostra, existindo a expectativa por parte de 44% dos hospitais em relação ao uso futuro da abordagem. As principais causas apresentadas para a não-utilização do Sistema ABC foram: o sistema tradicional utilizado atende às

necessidades da organização e a idéia geral de que o desenvolvimento do Custeio Baseado em Atividades ser muito complexo.

Ainda nesse tipo de análise de custos, o estudo proposto por Longo *et al.* (2009) desenvolvido no Hospital Cristo Redentor na cidade de Marau-RS, teve como objetivo principal calcular o custo das internações hospitalares em convênio com o SUS em março de 2008, de acordo com o método de custeio por atividade (ABC). A partir da identificação da estrutura atual de gastos com as internações hospitalares pelo SUS, alocaram-se todos os recursos, indiretos e diretos, aos centros de custos produtivos e auxiliares, permitindo o desenvolvimento de um sistema de custeio de acordo com o método ABC, resultando no custo unitário de todas as atividades necessárias para atender a diversas patologias e especialidades relacionadas às internações hospitalares pelo SUS.

Segundo este estudo, o valor total do grupo receitas para internações hospitalares foi de R\$ 115.469,00 que representa 100% do valor do faturamento. As despesas totalizaram R\$ 94.274,59 que por sua vez correspondem a 81.64% do valor do faturamento. A atividade com “visita da enfermagem” foi 38,83% do valor total do grupo de despesas, esta foi a atividade, segundo os autores, mais crítica em termos de gasto das internações do hospital merecendo assim, maior atenção por parte da administração do hospital. A segunda atividade mais significativa em termos de valores foi a “sala de cirurgia” que somou 14,17% do valor total do grupo despesas, seguida da atividade “alimentação” que consumiu 11,57% dos valores totais do grupo despesas. Somados os valores percentuais das três atividades mencionadas se obtêm 64,57% do valor total do grupo despesas (LONGO *et al.*, 2009).

Durante o processo de pesquisa sobre as avaliações econômicas em saúde bucal e os sistemas de custeios em saúde, foi interessante notar a presença de três diferentes sistemas básicos de organização das atividades odontológicas: liberal ou privado, indireto ou privatizado e público ou direto. Na prática liberal ou privada, profissional e paciente definem sem intermediários o preço a ser cobrado e a modalidade de pagamento do tratamento a ser feito, tendo o paciente a livre escolha de qual profissional irá tratá-lo. A prestação indireta ou privatizada de serviços de saúde tem por essência a intermediação de uma empresa privada entre o profissional e o paciente, que assume responsabilidades administrativas e riscos financeiros, captando recursos e remunerando serviços. O modelo direto ou público tem como características a prestação de cuidados odontológicos por unidades de saúde pertencentes ao setor público sem custo direto para o usuário, sendo financiado por recursos provenientes de impostos ou recolhimentos percentuais sobre folhas de salários.

Esse último tipo de organização caracteriza a atenção à Saúde Bucal prestada na Atenção Primária pelo SUS. É bastante oportuno então que, em um estudo como este, de Análise de custos das Equipes de Saúde Bucal dos Centros de Saúde da Família, se compreenda o mecanismo de financiamento público dos serviços saúde prestados pelo SUS.

2.4 Financiamento dos Serviços de Saúde no SUS

Desde os primeiros tempos do Brasil Colônia, perpassando pelo período Imperial até a chegada da Primeira República (1889), o País não proporcionava qualquer modelo de atenção à saúde para sua população. Segundo Gurgel (2010), no período Colonial, as ações dos poderes públicos portugueses no campo de saúde restringiam-se à regulamentação das artes de curar através da expedição de cartas de ofício que autorizavam médicos-cirurgiões, boticários, parteiros e sangradores a exercerem suas funções. Entre estes se encontravam os mestres-cirurgiões e os barbeiros vindos de Portugal que, de acordo Narvai & Frazão (2008), “curavam de cirurgia, sangravam e tiravam dentes”.

Com a chegada da família real ao Brasil em 1808, criou-se a necessidade da organização de uma estrutura sanitária mínima, capaz de dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro. Neste período, as atividades de saúde pública estavam limitadas à inspeção sanitária das embarcações nos portos marítimos e fluviais através do Serviço de Inspeção de Saúde dos Portos. São criadas ainda neste momento, as primeiras faculdades médicas e, mais tarde, os cursos de Odontologia nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, o que não ampliou de imediato os cuidados com a saúde da população, que permaneceu, ainda por muito tempo, recorrendo a diferentes agentes de cura ou à filantropia das Santas Casas (PIMENTA, 2003).

O estabelecimento da República Federativa em 1889 teve como cenário um intenso dinamismo da economia agroexportadora nacional, marcado, sobretudo, pela força do setor cafeeiro. Neste momento, o País recebia grandes levas de imigrantes europeus para servirem de mão-de-obra na lavoura do café e na nascente indústria nacional. No entanto, a falta de um modelo sanitário para o país gerava um quadro caótico caracterizado pela presença de diversas epidemias graves que acometiam à população, comprometendo a economia agroexportadora, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar nos portos em função da situação sanitária existente nas cidades (AQUINO *et al.*, 2005).

Diante disto, o poder público republicano se viu obrigado a adotar medidas de saneamento dos portos, higienização nas cidades, combate aos vetores das doenças e promover a vacinação obrigatória da população. Essas ações eram especialmente direcionadas

para a melhoria das áreas denominadas vitais para a economia nacional, ou seja, as estradas, cidades, ferrovias e portos, principalmente os do Rio de Janeiro e de Santos. Esse modo de intervenção ficou consagrado como “sanitarismo campanhista” e foi concebido dentro de uma visão na qual o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação (LIMA *et al.*, 2006).

Neste tempo, as péssimas condições de vida dos trabalhadores urbanos tornavam-nos mais vulneráveis ante as epidemias, provocando assim, um alto grau de mortalidade nas famílias operárias. A reação da classe trabalhadora urbana veio por meio de greves gerais que reivindicavam, entre outros pontos, melhores condições de trabalho e garantia de direitos trabalhistas, como a assistência médico-previdenciária (AQUINO *et al.*, 2005).

Surgiu assim, com a aprovação pelo congresso nacional da lei Elói Chaves em 1923, a Previdência Social no Brasil, onde, por meio de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), os trabalhadores urbanos tinham direito aos serviços médicos em caso de doença de sua pessoa ou pessoa de sua família, a medicamentos obtidos por preço especial, à aposentadoria por tempo de trabalho e à pensão para seus herdeiros em caso de morte.

Tratava-se de um sistema previdenciário por empresa, restrito à esfera das grandes empresas privadas e públicas com administração monetária própria das suas contribuições. As próprias empresas eram responsáveis por recolher e depositar mensalmente em conta bancária o conjunto de contribuições financeiras das três fontes de receita: 3% do valor dos vencimentos dos empregados da empresa, 1% do valor da renda bruta da empresa e os pagamentos feitos por terceiros pelos serviços prestados pela CAP. Segundo Teixeira (1980), em 1930, o sistema já compreendia 47 Caixas de Aposentadoria e Pensões, com 142.464 segurados ativos, 8.006 aposentados e 7.013 pensionistas.

A partir de 1930, segundo Lima *et al.* (2006), ocorreram mudanças institucionais que conformariam a política pública brasileira, estabelecendo uma estrutura jurídica e material que moldaria por um longo período a assistência médica e previdenciária do país. Uma ampla reforma administrativa e política foram promovidas pelo então Presidente Getúlio Vargas, que culminou com a Constituição de 1934, iniciando-se o governo constitucional até 1937 e a ditadura do Estado Novo de 1937 a 1945. Tratava-se de um momento de forte centralização política e participação estatal nas políticas públicas, o que, aliado às políticas populistas, fortalecia a figura do Presidente Vargas. Para Teixeira (1980), do ponto de vista econômico, as características que vão marcar mais profundamente esse período e, portanto, definir os rumos da Previdência, são os esforços empreendidos no caminho da acumulação de capital e o desenvolvimento de um parque industrial brasileiro.

Nesses moldes, nasce uma nova estrutura de Previdência Social, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), que passam a ser organizados por categorias profissionais e não mais por empresas, como ocorria nas CAP. Além disto, transfere-se o controle da estrutura previdenciária da sociedade civil para o aparelho do Estado, por meio do Ministério do Trabalho. O presidente do IAP passa a ser nomeado pelo Presidente da República e os representantes dos trabalhadores e patrões são indicados pelos sindicatos atrelados ao poder executivo (ESCOREL, 2008a).

O financiamento dos IAP era feito de forma tripartite, com participação dos empregados, empregadores e o Estado, sendo este último o centralizador dos recursos. Destaca-se que, o acúmulo de grandes recursos financeiros através do regime de capitalização vai transformar a Previdência em um admirável mecanismo de amontoamento de capital nas mãos do Estado. Assim, os fundos previdenciários são desviados das medidas assistenciais aos trabalhadores, para financiar investimentos do Estado em gastos de infra-estrutura voltados para apoiar o intenso processo de industrialização vivido pelo país a partir dos anos 1940 (ESCOREL, 2008a).

Os IAP construíram muitos hospitais e centros de saúde, principalmente nas grandes cidades, onde estavam concentradas as maiores empresas e seus segurados. Podiam ainda, realizar compras de serviços médicos-assistenciais a terceiros, mediante convênios dos institutos com hospitais e clínicas privadas e mesmos com profissionais autônomos. Contudo, até o ano de 1964, a assistência médica previdenciária era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos que, embora modestos, atendiam a 22% da população brasileira. As formas de compra dos serviços médicos-odontológicos a terceiros aparecem como minoritários e pouco significativos no quadro geral da prestação de assistência médica pelos IAP (TEIXEIRA, 1980).

A partir de 1964, a Presidência da República do Brasil passa a ser controlada por governos militares, que se caracterizaram pela falta de democracia, supressão de direitos constitucionais, perseguição política e repressão aos opositores do regime militar. De acordo com Lima *et al.* (2006), um dos primeiros efeitos do novo regime sobre as políticas de saúde no país foi a redução de recursos financeiros destinados à saúde pública, pois, em nome de uma política de segurança e desenvolvimento, crescia o orçamento dos Ministérios Militares, Transporte e de Indústria e Comércio. Além disto, o governo decide fazer a unificação de todos os IAP, prevista desde a década de 1960, criando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Este estava encarregado do financiamento e gestão da assistência médica, além da seleção, contratação e pagamento dos prestadores dos serviços de saúde no país.

A concepção do INPS foi em torno da unificação das diferentes contribuições e benefícios existentes entre os IAP, uma vez que todo o trabalhador urbano com carteira de trabalho assinada era automaticamente contribuinte e beneficiário do novo sistema. O fato de aumentar base de contribuição previdenciária, aliado ao crescimento econômico da década de 70, e mais, ao número reduzido de aposentadorias e pensões em relação ao total de contribuintes, fez com que o sistema reunisse um vultoso montante de recursos financeiros.

No entanto, ao unificar e centralizar as ações do Sistema Previdenciário, o governo militar se viu obrigado a incorporar os benefícios já designados para além das aposentadorias e pensões. Um destes benefícios era a assistência médica, que já era oferecido pelos vários IAP, sendo alguns destes possuidores de serviços hospitalares próprios. Porém, ao aumentar de maneira expressiva o número de contribuintes e conseqüentemente de beneficiários, tornou-se impraticável ao sistema médico previdenciário até então existente, o atendimento à toda essa população (ESCOREL, 2008b).

Para solucionar a questão, o governo militar resolveu alocar recursos públicos na compra de serviços médicos-hospitalares da iniciativa privada, estabelecendo convênios e contratos com boa parte dos médicos e hospitais existentes no país. O pagamento desses serviços médico-hospitalares era realizado por Unidade de Serviço (US) que segundo Paim (2009), citando Mello (1981), tornou-se uma fonte incontrolável de corrupção. A contrafação ocorria por conta de os preços tabelados em US serem baixos e do interesse principal em obter grandes lucros com a prática da medicina. Assim, os serviços assistenciais privados inventavam pacientes ou ações que não haviam sido executadas: internações de mendigos realizadas em hospitais psiquiátricos particulares ou ainda escolha de procedimentos mais bem remunerados, como parto por cesariana ao invés do parto normal.

O regime militar criou, ainda, mecanismos de financiamento que fortaleceram o crescimento do setor privado de prestação de serviços de saúde. O Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), por exemplo, designou cerca de 80% dos seus financiamentos para áreas de saúde e previdência do setor privado, utilizados principalmente na construção de hospitais particulares. Segundo Teixeira (1980), com base nesse tipo de apoio público, o número de hospitais privados com fins lucrativos passou, em apenas três anos, de 944, em 1964, para 1423, em 1967.

Ao final dos anos 70, o modelo de Saúde Previdenciário entra em crise em decorrência principalmente do aumento constante dos custos da medicina curativa, da incapacidade de solucionar os principais problemas de saúde da população, da incapacidade do sistema de atender a um crescente contingente de trabalhadores informais que não contribuía ao INPS,

da menor arrecadação financeira em tempos de crise econômica e dos enormes desvios de recursos do sistema previdenciário (ARRETCHE, 2006; ESCOREL, 2008).

Para o enfrentamento deste rol de problemas e em busca da democratização das ações de saúde no Brasil, foi organizado um movimento social, composto por segmentos populares, estudantes, pesquisadores e profissionais de saúde, que propôs uma reforma no sistema de saúde brasileiro. Denominado de Movimento da Reforma Sanitária, tinha entre seus princípios que buscavam reverter a lógica da assistência à saúde: a universalização do direito à saúde; a integralização das ações de cunho preventivo e curativo, que eram desenvolvidas pelos Ministérios da Saúde e da Previdência separadamente; a descentralização da gestão administrativa e financeira e a promoção da participação e o controle social (PAIM, 2008).

Com a promulgação da Constituição da República de 1988, pela primeira vez na história do Brasil a saúde passou a ser reconhecida como um direito social, essencial à condição de cidadão, cabendo ao Estado a obrigação de garanti-lo. Essa conquista política e social pode ser creditada às diversas lutas e esforços atentados pelo movimento da Reforma Sanitária. Conforme a Constituição Federal (1988), as ações e serviços públicos de saúde integrariam a partir de então, uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada (ARRETCHE, 2006).

A descentralização, com ênfase na municipalização da gestão dos serviços de saúde, constitui-se em uma transformação expressiva no sistema de saúde brasileiro. Exprime que a gestão do sistema de saúde passa para os municípios, com a conseqüente transferência de recursos financeiros pela União e pelos estados. O amparo legal desta descentralização é tratado na Lei Orgânica da Saúde (LOS) de número 8.080/90 mencionando que os recursos financeiros do SUS são depositados em contas bancárias específicas para área da saúde, denominadas fundos de saúde, cabendo ao gestor municipal a aplicação de recursos próprios e os repassados pela União e pelo estado, nas ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990).

O financiamento das ações e serviços realizados pelo SUS nas três esferas de governo é feito com recursos próprios (impostos e contribuições) dos municípios, Distrito Federal, estados e União, e de outras fontes suplementares, contemplados no Orçamento da Seguridade Social (OSS). Além das habituais contribuições sob a folha de salários, como ocorria anteriormente ao SUS, contribuem para o seu financiamento, percentuais de impostos como: imposto de renda de pessoas físicas e jurídicas, imposto de produtos industrializados (IPI), imposto de circulação de mercadorias e serviços (ICMS) e imposto predial e territorial urbano (IPTU).

Na tentativa de conduzir o processo de descentralização, o Ministério da Saúde adotou como mecanismo regulador a edição de Normas Operacionais Básicas (NOB) e de Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), resultado do processo político de negociação entre os gestores do SUS. Ao longo dos anos 90 e início dos anos 2000, foram editadas quatro NOB e duas NOAS que, entre outras ações, foram promovendo o aprimoramento nos mecanismos de repasse de recursos financeiros da esfera federal para os estados, os municípios e o Distrito Federal.

Entre as normas, destaca-se a NOB-SUS 01/96 que introduziu alterações significativas no mecanismo de repasse de recursos financeiros. Os municípios com gestão plena da atenção básica, ou seja, que assumem o controle da gestão das ações básicas de saúde, recebem os recursos financeiros do Piso de Atenção Básica (PAB). Este representa um montante de recursos financeiros para fins de custeio das ações e procedimentos da Atenção Primária, definido a partir de um valor por capita nacional, multiplicado pela população total do município a ser transferido automaticamente do fundo de saúde federal para o fundo municipal de saúde (PAB fixo). Além desse montante, o município pode receber um valor acrescido (PAB variável), a título de incentivo, no caso de desenvolver algumas ações ou programas propostos, tais como: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa de Saúde da Família (PSF), Assistência Farmacêutica Básica, Programa de Combate às Carências Nutricionais e Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Sanitária (BRASIL, 1996).

No ano de 2002 foi editado NOAS 01/02 estabeleceu nova condição de gestão para os municípios: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) e o PAB Ampliado (PAB-A). A nova condição de gestão implica a aceitação pelos municípios que a pleiteiam do desenvolvimento das seguintes ações: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes melito, a saúde da criança, a saúde da mulher, e a saúde bucal (BRASIL, 2002)

Em 2006 é desenvolvido um novo instrumento para viabilizar a política de descentralização do SUS: O Pacto pela Saúde. Este apresenta as responsabilidades entre os três gestores do SUS (municípios, estados e União), no campo da gestão do sistema e da atenção à saúde e funciona como uma ferramenta de responsabilização pública de cada esfera governamental na consolidação do SUS. Divide-se em três partes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS, nas quais são descritos os papéis dos envolvidos a partir das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2007a).

Com o Pacto pela Saúde, os estados e municípios poderão receber os recursos federais por meio de cinco blocos de financiamento: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; e Gestão do SUS. Antes do pacto, havia mais de 100 formas de repasses de recursos financeiros, o que trazia algumas dificuldades para sua aplicação. O financiamento do bloco da Atenção Básica é de responsabilidade das três esferas de governo. Os recursos da União deverão ser alocados sob as formas PAB fixo e variável, sendo os valores do PAB fixo transferidos fundo a fundo todo o mês para as ações e serviços da Atenção Básica e os valores do PAB variável transferidos de acordo com a implantação das ações ou estratégias específicas: Estratégia Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Atenção Básica aos Povos Indígenas, Saúde no Sistema Penitenciário e Saúde Bucal (BRASIL, 2007a).

Em dezembro de 2011, foi regulamentada, depois de onze anos de espera, a Emenda Constitucional 29 (EC-29) que define o mínimo de recursos que cada esfera de Governo deve destinar ao financiamento da saúde. Ou seja, a EC-29 inovou ao definir quanto de receita da União, dos estados e dos municípios devem ser destinados à saúde. No caso da União, os recursos mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde correspondem ao valor destinado no ano anterior acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) do ano em que se elabora a proposta orçamentária. Enquanto estados e municípios são obrigados a aplicar 12% e 15% de suas receitas, respectivamente.

A importância e os objetivos da EC 29 não se limitam ao volume, à definição e à garantia dos recursos no financiamento da saúde, pois, ao determinar uma participação ativa das esferas governamentais no financiamento do SUS, fortalece também a responsabilidade delas na sustentação do sistema de saúde no país.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

- Analisar os custos com Saúde Bucal na Atenção Primária em Centros de Saúde da Família de Fortaleza–Ceará, de julho a dezembro de 2009.

3.2 Específicos

- Identificar os gastos com Saúde Bucal nos Centros de Saúde da Família;
- Comparar os custos das Equipes de Saúde Bucal distribuídas entre as regionais do município de Fortaleza;
- Descrever a aplicação dos recursos financeiros em Saúde Bucal entre as regionais do município de Fortaleza; e
- Estimar os custos *per capita* e os custos por procedimentos das Equipes de Saúde Bucal nos Centros de Saúde da Família.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

A presente pesquisa se constituiu em um estudo documental com tratamento quantitativo dos dados, utilizando o método de análise de custeio por absorção. O universo do estudo são os custos das ações de saúde das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família do Município de Fortaleza – Ceará, no período de julho de 2009 a dezembro de 2009.

4.2 Caracterização da Amostra

O município de Fortaleza, ao longo do século XX e em particular a partir dos anos 1950, apresentou um admirável crescimento populacional determinado pelo intenso processo de migrações rurais do interior para a capital, impulsionadas pela crise da agricultura cearense, pela estrutura fundiária sertaneja, baseada na concentração da terra e na produção agro-pecuarista, e pelas grandes secas, a exemplo das ocorridas de 1951 e 1958 (FARIAS, 2009).

A cidade cresceu sua população não só pelas deficitárias condições de vida da população interiorana, mas também e principalmente, porque lá eram feitos os maiores investimentos do Estado, concentrando-se as atividades político-administrativas, econômicas e sociais. Com isso, ampliava-se a oferta de trabalho o que atraía migrantes do interior cearense, que viam na capital alternativas de sobrevivência e de uma vida melhor.

No entanto, o rápido crescimento de Fortaleza realizou-se de forma desordenada, sem planejamento, sujeito a especulações imobiliárias e com grandes disparidades sociais. A própria estruturação espacial da cidade demonstrou a questão da segregação social e de classes, ou seja, áreas ocupadas por determinadas classes sociais e tratadas diferentemente pelo poder público (FARIAS, 2009).

O aumento da cidade tornou-se visível e a capital cearense passou a ser uma das principais metrópoles do Brasil. Para ilustrar esse avanço populacional, em 1950, Fortaleza apresentava 270 mil habitantes; em 1960, passou a ter 518 mil e em 1970, 857 mil habitantes. Atualmente, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), Fortaleza é a quinta maior cidade do país com população estimada em 2.452.185 habitantes distribuída em área territorial de 314,9 km² com densidade demográfica de 7.786,52 habitantes por Km².

Em consequência do elevado crescimento demográfico e da extensa ocupação de seu território, o município foi, a partir dos anos 1990, dividido administrativamente em seis Secretarias Executivas Regionais – SER, denominadas comumente de Regionais (Figura 1), que

funcionam como instâncias executoras das políticas públicas municipais (FORTALEZA, 2006).

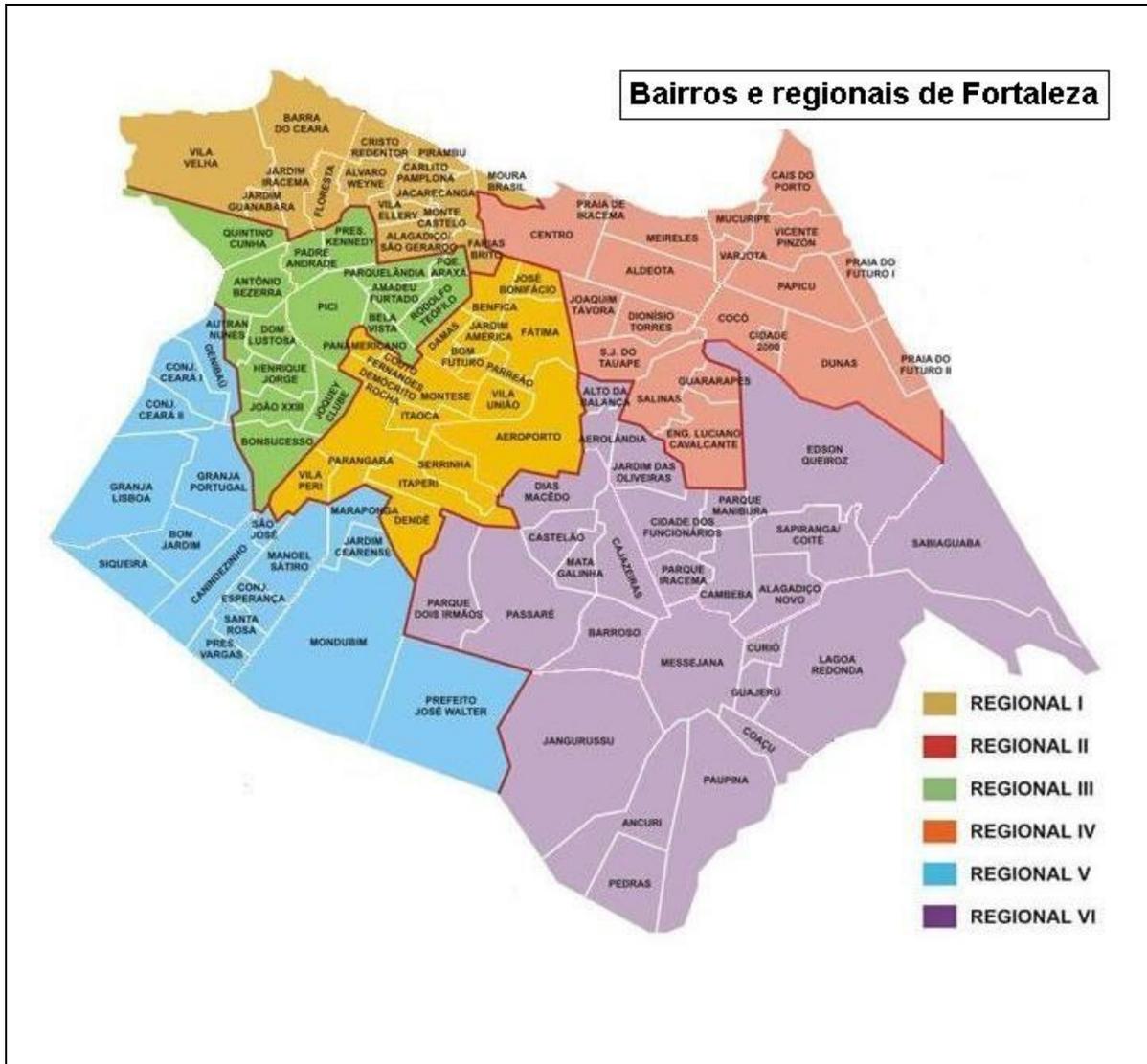


Figura 1. Bairros e regionais do município de Fortaleza- CE, 2011.

De acordo com Chagas *et. al.* (2008), Fortaleza não contava, até o ano de 2005, com nenhuma Equipe de Saúde Bucal na ESF. Existiam 102 Equipes de Saúde da Família, instaladas em 27 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF), de um total de 88 Unidades, com uma cobertura de atendimento de apenas 15% da população. Os cirurgiões-dentistas que atendiam nas unidades de saúde eram do quadro do município ou do estado, com regime de 20 horas semanais ou contratados por cooperativa, também de 20 horas semanais. A assistência odontológica focava-se essencialmente no atendimento clínico-curativo com a rede municipal desabastecida, sucateada e com sérios problemas de manutenção de equipamentos.

Atualmente, de acordo com o Plano Municipal de Saúde de Fortaleza (FORTALEZA, 2009), o sistema de saúde de Fortaleza apresenta capacidade instalada para realização de serviços primário, secundário e terciário na área odontológica. Agrega-se à rede regionalizada e integrada do SUS, sendo referência em âmbito micro e macrorregional e em espaços interestaduais. A Estratégia Saúde da Família conta com 320 equipes e apresenta cobertura de 43% da população. As equipes da ESF, formadas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, em 250 delas, complementadas por dentista e auxiliar de saúde bucal, integram-se aos 92 Centros de Saúde da Família (CSF).

Os Cirurgiões-Dentistas dessas equipes foram contratados por meio do concurso público realizado em 2006. Quanto ao processo de trabalho dessas equipes, tem-se uma carga horária de 40 horas semanais, distribuídas em ações clínicas individuais curativas e ações coletivas em espaços sociais. Os procedimentos clínicos realizados pelas ESB são: profilaxia, aplicação tópica de flúor, restaurações, cirurgias simples e remoção de cálculo gengival. Para os procedimentos especializados, são feitos encaminhamentos para os Centros de Especialidades Odontológicas - CEO que, em Fortaleza, são em um total de seis unidades.

As ações coletivas são realizadas, em sua maior parte, em escolas municipais localizadas nos territórios das equipes, em que ocorrem distribuições de material de higiene bucal, (escovas, dentifrícios e fio dental), juntamente com escovação supervisionada pela equipe, aplicação de flúor em gel a cada três meses, exames para análises epidemiológicas, além de atividades educativas de prevenção e promoção de saúde.

Segundo a Secretaria de Saúde de Fortaleza (2009), além dos 2.857 profissionais que fazem parte atualmente das equipes do ESF e dos 2.875 agentes comunitários de saúde, o município conta com 25 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que complementam o trabalho do ESF com a ação de 151 profissionais, entre psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos e educadores físicos.

4.3 Coleta de dados

Para execução da análise de custos por absorção das Equipes de Saúde Bucal nos Centros de Saúde de Fortaleza foi necessário determinar quais são os custos contábeis diretos e os indiretos, além de definir os critérios de rateio para o cálculo dos custos indiretos, fruto do uso de recursos compartilhados.

Os custos diretos das ESB são aqueles identificados diretamente à prestação serviço e correspondem ao material de consumo odontológico e aos salários e encargos sociais dos

profissionais das equipes. Estes valores foram coletados junto à Coordenadoria de Políticas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e correspondem ao período de julho a dezembro de 2009. A restrição da coleta de dados a esse período deve-se ao fato de que este é o único período de tempo em que houve levantamento completo de todas as despesas com saúde nos 92 Centros de Saúde da Família feitas pela Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza.

Os custos indiretos envolvidos nos serviços odontológicos dos Centros de Saúde só podem ser apropriados de forma indireta, mediante bases de apropriação arbitrárias, critérios de rateio, previsão de comportamento de custos ou estimativa. Os custos indiretos que incidem sobre as ESB são: energia elétrica, água, administração, material de limpeza e de manutenção e esterilização. Todos os valores desses custos indiretos foram mensalmente coletados e tabelados, de julho a dezembro de 2009, em planilhas elaboradas junto à Coordenadoria de Políticas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

Antes de serem incorporados aos custos gerais com serviços odontológicos, os custos indiretos foram rateados entre os demais centros de custeio dos Centros de Saúde da Família. Por rateio entende-se a divisão proporcional de um custo indireto ou despesa geral de produção, por uma base conhecida, sendo que as bases de rateio devem guardar alguma relação com os custos que estão sendo rateados (BEULKE, 2008).

Os principais critérios para rateio de custos dentro de Centros de saúde são: tempo de funcionamento do serviço, quantidade produzida, área utilizada, Kw/hora dos equipamentos, peso de materiais, preço de venda do produto, valor do equipamento das linhas de produção e combinações de dois ou mais desses critérios (CHING, 2001; MATOS, 2005; MARTINS, 2008).

O quadro 1 descreve os critérios de rateio para a quantificação dos custos indiretos das ESB dos Centros de Saúde de Fortaleza.

Quadro 1 - Critérios de rateio para a quantificação dos custos indiretos das ESB dos Centros de Saúde de Fortaleza.

CUSTOS INDIRETOS	CRITÉRIOS DE RATEIO
Energia elétrica	Kw/hora dos aparelhos.
Água	Número de saídas de água.
Material de limpeza e manutenção	Horas de funcionamento do consultório.
Central de esterilização	Kw/hora da autoclave.
Administração	Número de funcionários.

Para o alcance dos custos indiretos das ESB de Fortaleza, foi necessário visitar cada um dos CSF escolhidos para a pesquisa e nestes realizar a verificação da infra-estrutura com o propósito de subsidiar os critérios de rateio. Desta forma, foi possível obter um detalhamento maior dos custos com energia elétrica, água, material de limpeza e manutenção e administração.

4.3.1 Custos com energia elétrica

Os valores de consumo dos aparelhos elétricos do consultório dentário (ar-condicionado, equipo odontológico, amalgamador, fotopolimerizador, lâmpadas, geladeira, computador e impressora) e do aparelho de autoclave da central de esterilização totalizaram os custos com energia elétrica das ESB dos CSF de Fortaleza. Para orçar os custos com energia elétrica foi necessário, a partir da pesquisa de campo, calcular inicialmente o consumo médio mensal dos aparelhos do consultório odontológico em quilowatt por hora de uso (Kw/h). Este foi assim calculado: (potência do equipamento em unidade de Watts) x (número de horas utilizadas) x (número de dias de uso no mês), sendo esse resultado, dividido por 1000. Para descobrir o valor em Reais (R\$), multiplicou-se o consumo médio mensal em Kw/h pelo valor da tarifa cobrada pela concessionária local, sendo em Fortaleza, a Companhia Elétrica do Ceará – COELCE.

Para a apuração de custos de energia elétrica da central de esterilização foi considerado critério semelhante ao utilizado para o cálculo de energia elétrica dos aparelhos do consultório: o consumo médio mensal do aparelho de autoclave do Centro de Saúde em quilowatt por hora de uso (Kw/h). Este foi assim calculado: (potência da autoclave em unidade de Watts) x (número de horas diárias utilizadas para esterilizar material odontológico) x (número de dias de uso no mês), sendo esse resultado, dividido por 1.000. Para descobrir o valor em Reais (R\$), multiplica-se o consumo médio mensal em Kw/h pelo valor da tarifa cobrada pela concessionária local, sendo em Fortaleza, a Companhia Elétrica do Ceará – COELCE.

4.3.2 Custos com água

Os custos com o consumo de água das ESB foram estabelecidos a partir do rateio do valor mensal da conta de água do Centro de Saúde da Família pelo número de bebedouros, torneiras ou saídas de água em cada um dos centros de custos. Desta maneira, durante a pesquisa de campo aos CSF, foram contabilizadas todas as saídas de água presentes nas

dependências dos consultórios odontológicos e nos demais centros de custeio do CSF para que então houvesse a divisão proporcional do valor mensal da conta de água.

4.3.3 Custos com material de limpeza e manutenção

Para estabelecer o rateio dos custos mensais com material de limpeza e manutenção, o número de horas diárias de funcionamento do centro de custos foi o parâmetro utilizado. Assim, os custos com material de limpeza e manutenção das ESB foram calculados a partir da razão entre o número de horas de funcionamento do consultório odontológico e total de horas de funcionamento do Centro de Saúde durante cada mês do período da pesquisa.

4.3.4 Custos com administração

Os gastos com administração foram definidos como a soma das despesas com telefone e com material de escritório. As ESB do município de Fortaleza apresentam autonomia na marcação das consultas e no gerenciamento de seus pacientes, não sendo necessário, portanto, esse controle por parte da coordenação administrativa do CSF. No entanto, a coordenação gerencia o Centro de Saúde para que o trabalho dos funcionários do CSF seja executado. Assim, o critério de rateio dos gastos com administração entre os centros de custos dos CSF foi feito a partir da razão entre o número total de funcionários que compõe o Centro de Saúde e número de funcionários do consultório odontológico.

4.3.5 Indicadores de cobertura populacional

Para a análise dos indicadores de cobertura populacional das ações e serviços de saúde bucal, utilizou-se os indicadores do Pacto pela Saúde, regulamentados pelo Ministério da Saúde, segundo portaria ministerial nº 91, de 10 de janeiro de 2007. Estes indicadores constituem-se em instrumentos de referência para o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas no âmbito da atenção básica em todo território nacional. Para a área de Saúde Bucal, foram definidos dois indicadores, um principal, que se refere à cobertura de primeira consulta odontológica programática e outro complementar, que faz referência à cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada (BRASIL, 2007).

O indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática estima o acesso da população aos serviços odontológicos para assistência individual no âmbito do SUS. É determinado como aquele em que o exame clínico-odontológico do paciente é realizado com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico (PPT), para atender as necessidades detectadas.

Para este cálculo é necessário dividir o número total de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado local pela população deste local, segundo base demográfica do IBGE, devendo esse resultado ser multiplicado por 100. De acordo com o Ministério da Saúde, o indicador é utilizado para analisar a cobertura da população com primeira consulta odontológica programática na atenção básica, identificando variações geográficas e temporais que exijam a aplicação de medidas para ampliação do acesso aos serviços odontológicos básicos (BRASIL, 2007).

O indicador cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada expressa a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação e supervisão de um profissional de saúde, considerando o mês ou meses em que se realizou a atividade, em determinado local e ano, visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal.

No cálculo deste indicador deve-se obter, inicialmente, a média de participantes da ação coletiva em determinado local e período. Para obter essa média soma-se o número de pessoas participantes em cada mês, independente da frequência com que se realizou a atividade, dividindo-se este valor pelo número de meses em que a ação foi realizada, e o resultado obtido deve ser multiplicado por 100 e dividido pela população local, segundo base demográfica do IBGE.

De acordo com Ministério da Saúde (2007), baixas coberturas não implicam ausência de acesso a ações preventivas de doenças bucais e de promoção da saúde. Mas, sendo a escovação dental supervisionada uma ação coletiva fundamental e de importante significado quanto à capacidade do sistema de saúde de desenvolver ações coletivas, os resultados permitem avaliar os rumos da atenção em saúde bucal (BRASIL, 2007).

O número de primeiras consultas odontológicas programáticas e de escovações dentais supervisionadas realizadas no período foi coletado junto à Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria da Saúde do município a partir do boletim de produção ambulatorial (BPA) do ano de 2009 para os meses de Julho a dezembro.

4.3.6 Simulação dos custos das ações com saúde bucal do município em valores de mercado

Para comparar os custos das ações de saúde bucal na Atenção Primária do município com os custos simulados dessas mesmas ações praticadas nos serviços privados utilizou-se, como parâmetro de preço de mercado, a tabela com Valores de Referência de Procedimentos Odontológicos (VRPO) para o ano de 2009 no Estado do Ceará.

Assim, o cálculo para simulação de valores de mercado das ações ESB foi obtido a partir da apuração e classificação de todos os procedimentos realizados pelas ESB dos CSF pesquisados município de julho a dezembro de 2009 e posterior totalização desses procedimentos em Reais (R\$), de acordo com valores sugeridos pela tabela de VRPO.

4.4 Centros de Saúde da Família participantes da pesquisa

O município de Fortaleza apresenta, para execução das ações no âmbito da Atenção Primária, 92 Centros de Saúde da Família. De acordo com testes estatísticos, a amostra mínima que garante a representatividade de estudos com os Centros de Saúde da Família de Fortaleza é de 30 CSF.

A escolha dos Centros de Saúde da Família que participaram desta pesquisa foi baseada em critérios sócio-econômicos dos bairros sob a responsabilidade sanitária dos CSF. Em cada uma das regionais de Fortaleza, escolheram-se os CSF (quadro 2) onde a combinação de condições sócio-econômicas dos bairros eram diretamente opostas: maior e menor população residente, maior e menor renda mensal por família, maior e menor Índice de Desenvolvimento Humano Municipal por bairro (IDHM-B), maior e menor média etária da população e maior e menor infraestrutura de saúde instalada.

Segundo a Secretaria de Planejamento e Orçamento do Município de Fortaleza (SEPLA), em 2009, a Regional I apresentava população estimada em 397.882 habitantes, compondo 16,5% do total de habitantes da capital. É composta por 15 bairros: Vila Velha, Jardim Guanabara, Jardim Iracema, Barra do Ceará, Floresta, Álvaro Weyne, Cristo Redentor, Ellery, São Gerardo, Monte Castelo, Carlito Pamplona, Pirambu, Farias Brito, Jacarecanga e Moura Brasil (figura 2).

Regional I apresenta um dos bairros menos populosos da capital (Moura Brasil) e dois, entre os dez bairros mais populosos (Barra do Ceará e Vila Velha). É composto por uma população bastante jovem com cerca de 50% dos indivíduos com no máximo 28 anos. O rendimento médio familiar mensal é de aproximadamente quatro salários mínimos, com o bairro São Gerardo apresentando maior renda média mensal (10,4 salários mínimos) e também com o maior percentual de pessoas alfabetizadas. Já o bairro Pirambu, apresenta os piores indicadores sociais e a menor renda familiar média mensal (1,9 salários mínimos).

De acordo com levantamento feito a partir de dados do Censo 2000, dez bairros da Regional I possuem Índice de Desenvolvimento Humano Municipal por bairro (IDHM-B) médio (entre 0,500 e 0,799). São eles: Alagadiço, Álvaro Weyne, Carlito Pamplona, Farias Brito, Jacarecanga, Jardim Guanabara, Jardim Iracema, Monte Castelo e Ellery. Por sua vez,

cinco bairros têm IDH considerado baixo (entre 0 e 0,499). São eles: Moura Brasil, Barra do Ceará, Cristo Redentor, Floresta e Pirambu (IBGE, 2000).

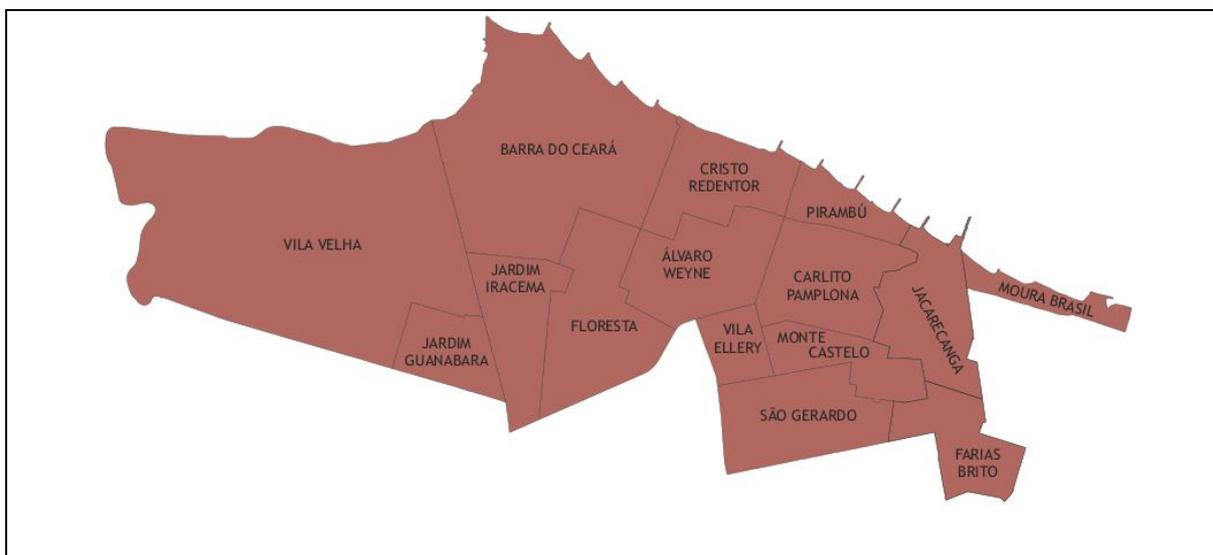


Figura 2 - Mapa com os bairros que compõem o Distrito Sanitário Regional I

O Distrito de Saúde Regional II (Regional II) apresentava, em 2009, 14,64% da população de Fortaleza (364.808 habitantes) segundo a SEPLA. É composta por um total de 21 bairros: Aldeota, Bairro De Lourdes, Cais do Porto, Centro, Cidade 2000, Cocó, Dionísio Torres, Guararapes, Joaquim Távora, Luciano Cavalcante, Manuel Dias Branco, Meireles, Mucuripe, Papicu, Praia de Iracema, Praia do Futuro I, Praia do Futuro II, Salinas, São João do Tauape, Varjota e Vicente Pinzón (figura 3).

Dados preliminares do Censo 2010 mostram que a Regional II apresenta cinco bairros (Praia do Futuro I, Praia do Futuro II, Salinas, Guararapes e Luciano Cavalcante) entre os dez que mais cresceram sua população em Fortaleza, possuindo ainda a melhor renda média mensal por família (13,2 salários mínimos). No entanto possui o segundo menor índice de analfabetismo dentre todas as regionais, atrás apenas da Regional IV.

A Regional II é formada por bairros com grande adensamento comercial e de serviços, concentrando 48,3% dos estabelecimentos que geram emprego na cidade. Além disso, os bairros que formam a Regional II reúnem 38,74% dos empregos formais de Fortaleza, sendo o principal pólo econômico da cidade, ao mesmo tempo em que concentram 15 áreas de risco, onde moram 2.808 famílias.

De acordo com o levantamento feito a partir dos dados do Censo 2000, dez bairros da Regional II possuem IDHM-B médio (entre 0,500 e 0,799). São eles: Centro, Cidade 2000, Luciano Cavalcante, Joaquim Távora, Papicu, Praia de Iracema, Praia do Futuro I, Salinas, São João do Tauape e Vicente Pinzón. Pelo mesmo levantamento, sete bairros possuem

IDHM-B alto (0,800 a 1): Aldeota, Cocó, Dionísio Torres, Guararapes, Meireles, Mucuripe e Varjota. Apenas três bairros desta Regional possuem IDHM-B baixo (entre 0 e 0,499): Cais do Porto, Dunas e Praia do Futuro II (IBGE, 2000).

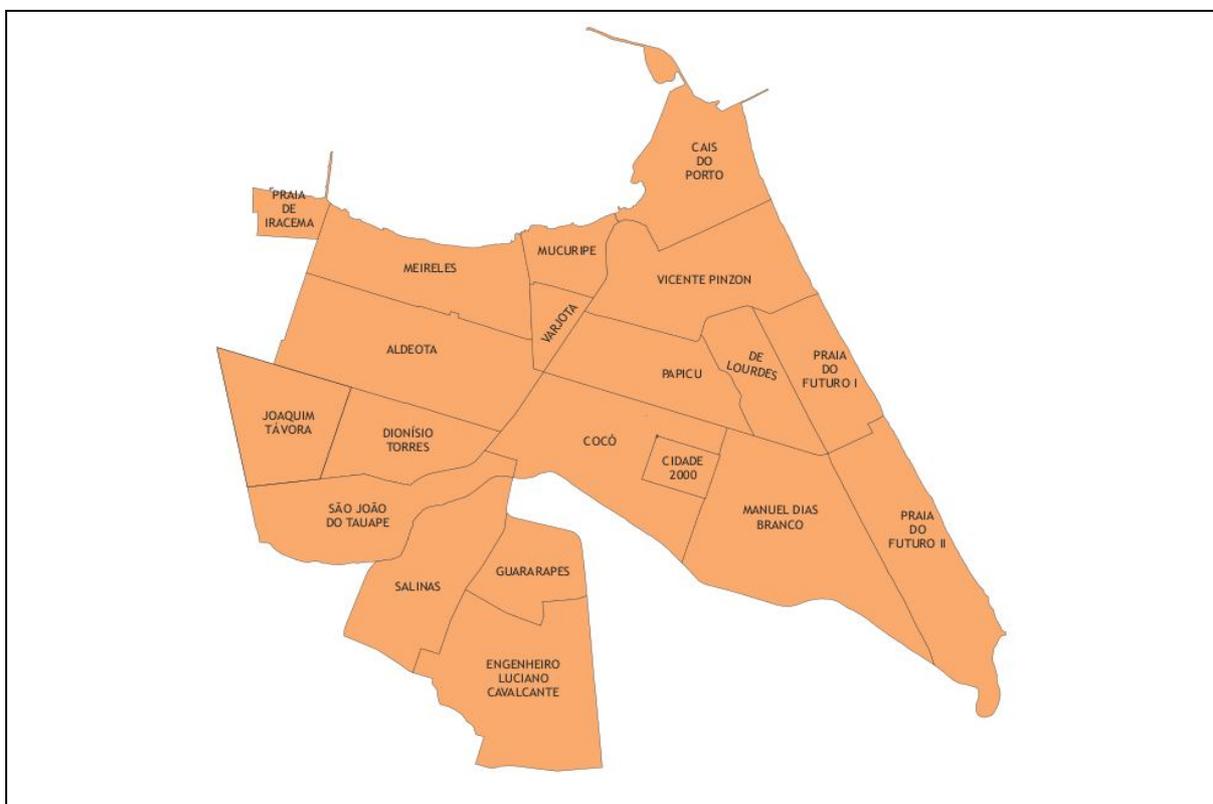


Figura 3 - Mapa com os bairros que compõem o Distrito Sanitário Regional II

O Distrito de Saúde Regional III (Regional III) é constituído por 16 bairros: Amadeu Furtado, Antônio Bezerra, Autran Nunes, Bonsucesso, Bela Vista, Dom Lustosa, Henrique Jorge, João XXIII, Jóquei Clube, Padre Andrade, Parque Araxá, Pici, Parquelândia, Presidente Kennedy, Rodolfo Teófilo e Quintino Cunha (figura 4), que juntos concentravam, em 2009, 16,5% da população do Município (398.382 habitantes) segundo a SEPLA.

A Regional tem o terceiro menor índice de analfabetismo entre as regionais e ocupa a quarta colocação em relação aos rendimentos familiares, com ganhos médios de 4,6 salários mínimos. Entre os bairros, nove deles (Antônio Bezerra, Autran Nunes, Bela Vista, Bonsucesso, Dom Lustosa, Henrique Jorge, João XXIII, Padre Andrade, Pici e Quintino Cunha) têm renda inferior a esta média e os sete restantes têm renda acima da média (Amadeu Furtado, Bela Vista, Jóquei Clube, Parque Araxá, Parquelândia, Presidente Kennedy e Rodolfo Teófilo). O bairro com maior rendimento médio por família é a Parquelândia, enquanto o bairro Autran Nunes é o de menor renda média por família da Regional.

Para o Censo 2000, onze bairros da Regional III possuem IDHM-B médio (entre 0,500 e 0,799) e cinco têm IDHM-B considerado baixo (entre 0 e 0,499). Amadeu Furtado, Antônio Bezerra, Bela Vista, Dom Lustosa, Henrique Jorge, Jôquei Clube, Padre Andrade, Parque Araxá, Parquelândia, Presidente Kennedy e Rodolfo Teófilo apresentam IDHM-B médio. Por sua vez, Autran Nunes, Bonsucesso, João XXIII, Pici e Quintino Cunha são aqueles bairros com IDH baixos (IBGE, 2000).

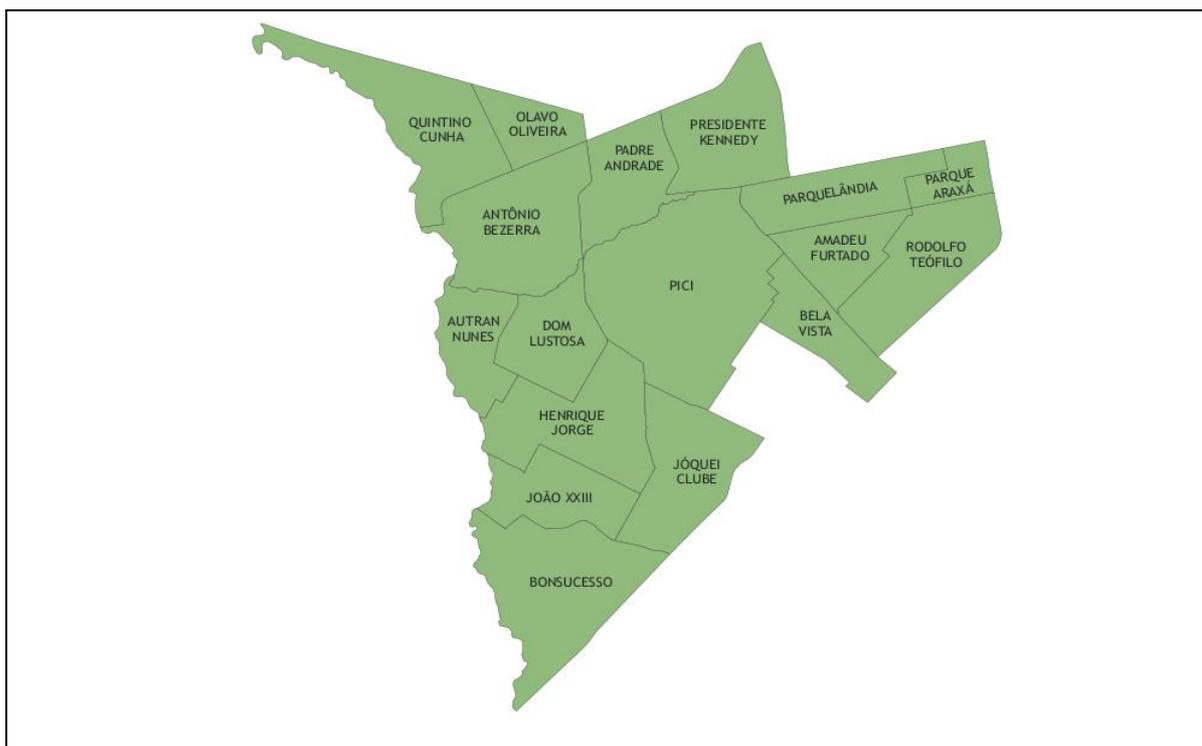


Figura 4 - Mapa com os bairros que compõem o Distrito Sanitário Regional III

O Distrito de Saúde Regional IV (Regional IV) abrange 19 bairros: Aeroporto, Benfica, Bom Futuro, Couto Fernandes, Damas, Dendê, Demócrito Rocha, Fátima, Itaoca, Itaperi, Jardim América, José Bonifácio, Montese, Pan Americano, Parangaba, Parreão, Serrinha, Vila Peri e Vila União (figura 5). De acordo com a SEPLA, sua população em 2009 era de 303.924 habitantes mil habitantes, a menor entre as seis regionais (cerca de 12% da população de Fortaleza) tendo a metade da população com idade máxima de até 30 anos.

O bairro Aeroporto apresenta a maior extensão territorial da regional, porém é pouco povoado, com uma população de apenas 8.012 habitantes. O bairro Parangaba possuía até o ano de 2009, maior população com 27.884 habitantes, número de habitantes muito próximo aos dos bairros Serrinha (27.395 habitantes) e Montese (27.206 habitantes). O bairro com a menor população desta regional era, em 2009, Couto Fernandes, com 5.826 habitantes. A

renda média dos chefes de família é de 5,62 salários mínimos. O bairro com melhor média de renda é Fátima, enquanto o bairro Aeroporto apresenta a pior média de renda da regional.

De acordo com levantamento feito a partir de dados do Censo 2000, dezesseis bairros possuem IDHM-B médio (entre 0,500 e 0,799). São eles: Benfica, Bom Futuro, Damas, Demócrito Rocha, Dendê, Fátima, Itaoca, Itaperi, Jardim América, Jose Bonifácio, Montese, Pan Americano, Parangaba, Parreão, Vila Peri e Vila União. Por sua vez, três bairros têm índice considerado baixo (entre 0 e 0,499): Aeroporto, Couto Fernandes e Serrinha (IBGE, 2000).

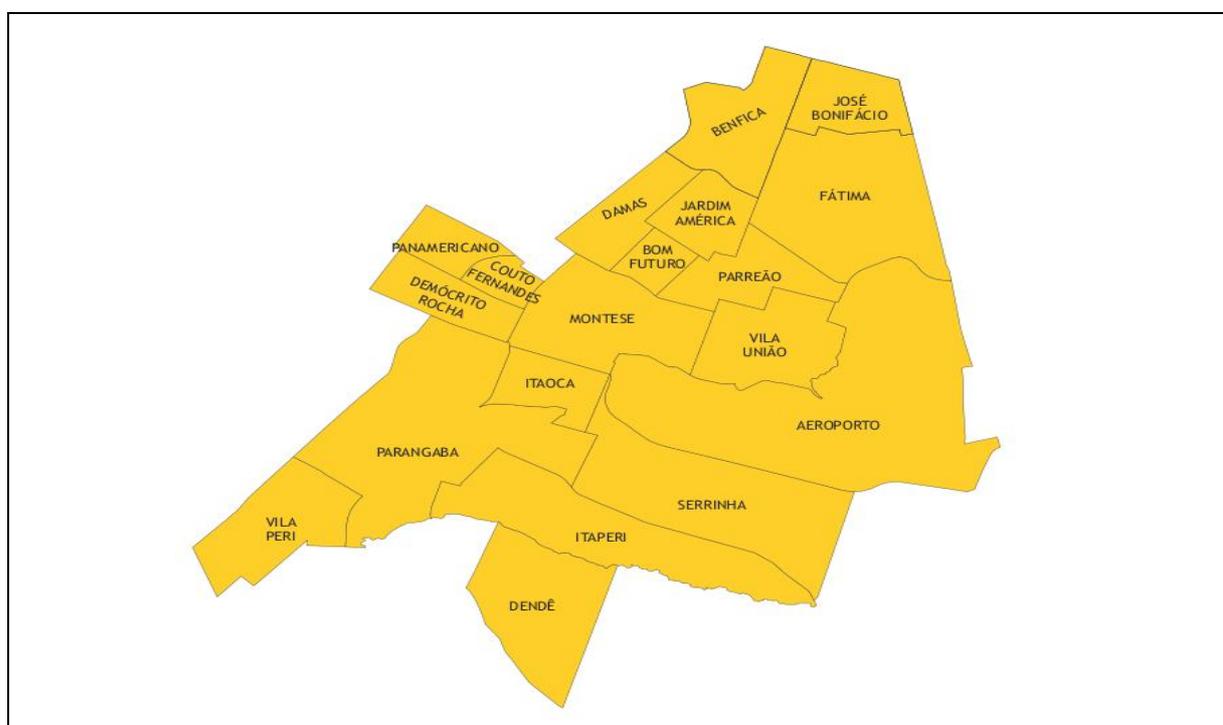


Figura 5 - Mapa com os bairros que compõem o Distrito Sanitário Regional IV.

O Distrito de Saúde Regional V (Regional V) possuía em 2009, segundo a SEPLA, 21,1% da população de Fortaleza, totalizando 530.175 habitantes, distribuídos em 18 bairros: Conjunto Ceará I e II, Siqueira, Mondubim, Planalto Airton Senna, Prefeito José Valter, Granja Lisboa, Granja Portugal, Bom Jardim, Genibaú, Canindezinho, Vila Manoel Sátiro, Parque São José, Parque Santa Rosa, Maraponga, Jardim Cearense, Conjunto Esperança e Presidente Vargas (figura 6).

É a Regional mais populosa, mas também a mais pobre da capital, com rendimentos médios de 3,07 salários mínimos. É também uma das mais jovens de Fortaleza: 44% da população têm até 20 anos. É ainda a parte da cidade com segundo maior índice de analfabetismo (17,83%), inferior apenas ao registrado pela Regional VI. Os bairros do

Siqueira (25,58%), Genibaú (25,18%) e Parque Presidente Vargas (24,51%) são os que sofrem mais com o problema. O bairro com maior renda familiar média mensal é a Maraponga: 6,81 salários mínimos. A principal atividade econômica é o comércio. Na Regional estão concentrados apenas 2,89% dos empregos formais de Fortaleza.

De acordo com o levantamento feito a partir dos dados do Censo 2000, o bairro da Maraponga aparece com a melhor média de IDHM-B (0,572). Em seguida, vêm Conjunto Ceará (0,529), José Walter (0,515) e Jardim Cearense (0,507). Os piores IDHM-B da Regional V são: Parque Presidente Vargas (0,377), Siqueira (0,377) e Genibaú (0,378).

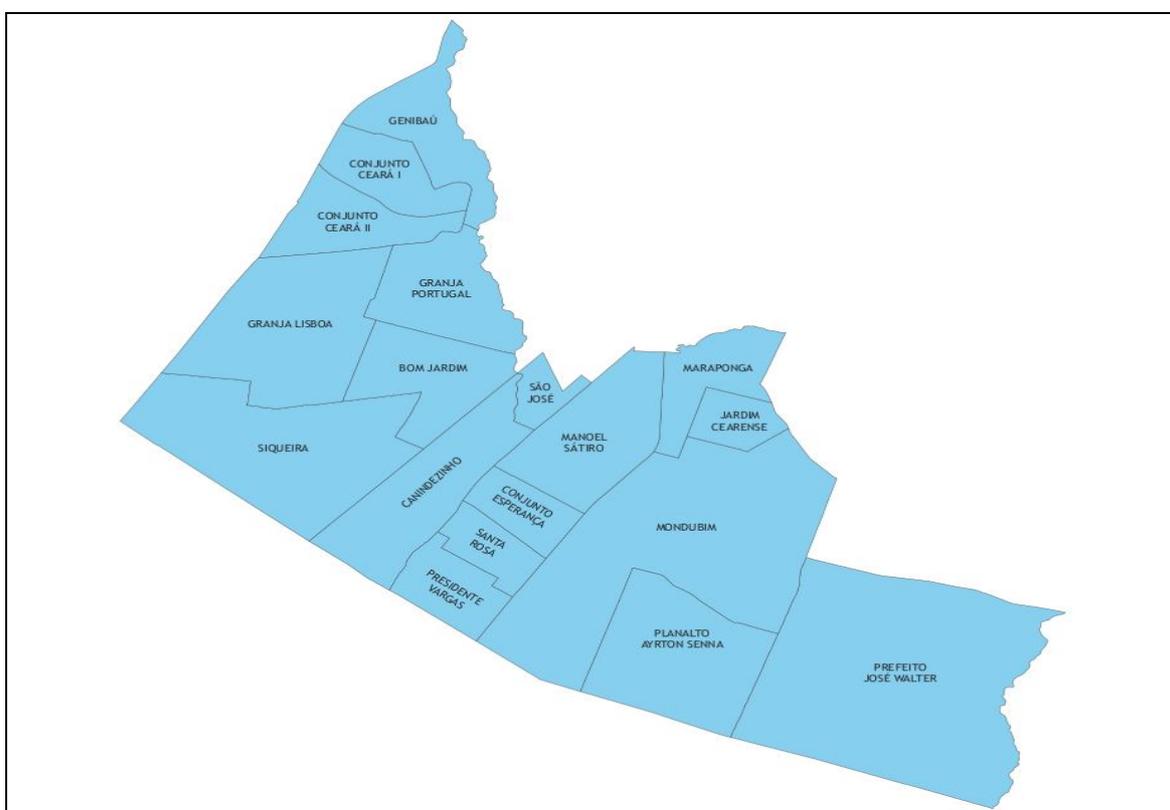


Figura 6 - Mapa com os bairros que compõem o Distrito Sanitário Regional V.

O Distrito de Saúde Regional VI (Regional VI) apresentava em 2009, segundo a SEPLA, uma população estimada em 510.381 mil habitantes, agrupando 20,37% da população de Fortaleza, tendo também, a população mais jovem, com 50% dos habitantes com idade máxima de 22 anos. Ocupa uma área que corresponde a 42% do território de Fortaleza e é constituído por 27 bairros: Sabiaguaba, Edson Queiroz, Sapiranga, Alagadiço Novo, Curió, Guajerú, Coaçu, Paupina, Parque Manibura, Cambeba, Messejana, Ancuri, Pedras, Jardim das Oliveiras, Cidade dos Funcionários, Parque Iracema, Alto da Balança,

Aerolândia, Dias Macedo, Castelão, Mata Galinha, Cajazeiras, Barroso, Jangurussu, Passaré, Parque Dois Irmãos e Lagoa Redonda (figura 7).

É ainda a Regional com maior índice de analfabetismo. Ocupa a terceira colocação em relação à renda familiar média mensal, com 4,67 salários mínimos, abaixo apenas das Regionais II e IV. A principal atividade econômica é a de serviços onde há a concentração de 10,2% dos empregos formais de Fortaleza.

Segundo dados do Censo 2000, doze bairros possuem IDHM-B médio (entre 0,500 e 0,799) e quinze têm índice considerado baixo (entre 0 e 0,499). O bairro Parque Iracema (0,696) possui o maior IDHM-B, enquanto o bairro Curió registra o menor índice (0,338). Os bairros Messejana (0,481) e Aerolândia (0,468) ocupam posição intermediária (IBGE, 2000).

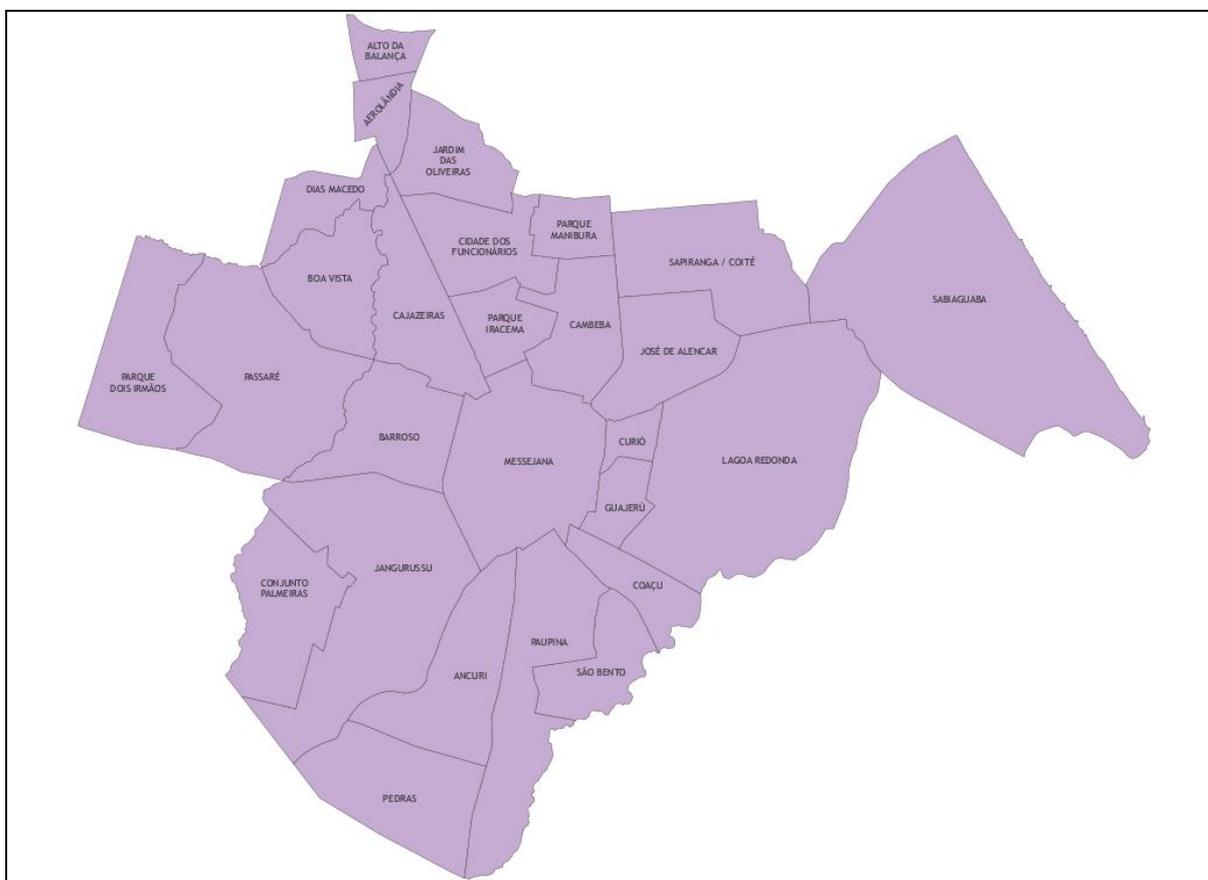


Figura 7 - Mapa com os bairros que compõem o Distrito Sanitário Regional VI.

Quadro 2 – Centros de Saúde da Família participantes da pesquisa.

Centros de Saúde da Família	Bairros sob sua responsabilidade sanitária
Regional I	
CSF Carlos Ribeiro	Jacarecanga.
CSF Casemiro Filho	Barra do Ceará.
CSF Guiomar Arruda	Pirambu e Cristo Redentor.
CSF Lineu Jucá	Vila Velha e Barra do Ceará.
Regional II	
CSF Benedito Carvalho	Salinas, Luciano Cavalcante e Guararapes.
CSF Flávio Marcílio	Mucuripe, Varjota, Meireles e Vicente Pizon.
CSF Ir. Hercília Aragão	Joaquim Távora e São João do Tauape.
CSF Paulo Marcelo	Centro e Praia de Iracema.
Regional III	
CSF Clodoaldo Pinto	Padre Andrade.
CSF Humberto Bezerra	Antônio Bezerra e Autran Nunes.
CSF Menton de Alencar	Dom Lustosa e Antônio Bezerra.
CSF Pereira Almeida	Bela Vista e Pici.
CSF Recamond Campelo	Bonsucesso.
CSF Santa Liduína	Parque Araxá e Rodolfo Teófilo.
Regional IV	
CSF Albuquerque Mendes	Serrinha.
CSF Gutenberg Braun	Vila Peri.
CSF Oliveira Pombo	Pan americano e Couto Fernandes.
CSF Roberto Bruno	Fátima e Parreão.
Regional V	
CSF José Paracampos	Manoel Sátiro e Mondubim.
CSF Jurandi Picanço	Granja Portugal e Conjunto Ceará II.
CSF Luiza Távora	Santa Rosa e Mondubim.
CSF Maciel Brito	Conjunto Ceará I.
CSF Pedro Celestino	Maraponga.
CSF Viviane Benevides	Manoel Sátiro e Conjunto Esperança.
Regional VI	
CSF Anísio Teixeira	Paupina e Ancuri.
CSF Edmar Fujita	Castelão.
CSF Galba de Araújo	Lagoa Redonda e Alagadiço Novo.
CSF Hélio Goes	Conjunto Alvorada.
CSF Matos Dourado	Edson Queiroz.
CSF Monteiro de Moraes	Sapiranga Coité

4.5 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) para devida análise, tendo recebido o parecer favorável à sua execução, sob o processo N^o 10725719-0 da FR 400237 e, posteriormente, se utilizou o Termo de Fiel Depositário junto ao Sistema Municipal Saúde Escola da Secretaria Municipal de Fortaleza, estando registrado no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa, por apresentar-se de acordo com os ditames da Resolução n^o. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde

5. RESULTADOS

5.1 Custos com Saúde Bucal nos Centros de Saúde da Família pesquisados e nas Regionais

Os custos com as diversas atividades realizadas na Atenção Primária em Saúde, nos 92 Centros de Saúde da Família do município de Fortaleza no período de julho a dezembro de 2009, foram da ordem de R\$ 48.994.110,00. Entre os CSF pesquisados, o custo total com as diferentes atividades em Atenção Primária no período soma um montante de R\$ 18.005.788,87. Desta quantia, R\$ 2.217.161,99 foram destinados às ações de saúde bucal.

Em relação aos custos diretos e indiretos que incidem nos serviços prestados em consultórios odontológicos dos Centros de Saúde pesquisados (tabela 2), cerca de 14% do total de custos com folha de pagamento de funcionários foram reservados aos salários dos cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal, resultando em um valor de R\$ 2.079.511,21. Os CSF pesquisados tiveram ainda um custo total de R\$ 312.051,75 com energia elétrica e de R\$ 83.840,84 com água, com percentual correspondente aos consultórios odontológicos de 13,5% do valor total da energia elétrica (R\$ 42.101,58) e 19,9% da água (R\$ 16.697,55). Os serviços de administração e de manutenção e limpeza, que também incidem nos serviços prestados nos consultórios odontológicos, apresentaram custos totais respectivos de R\$ 50.976,83 e R\$ 195.873,91. Deste valor total dos serviços de administração, R\$ 5.564,73 são destinados à saúde bucal e, do total dos serviços de manutenção e limpeza, R\$ 21.671,75 foram dedicados aos consultórios odontológicos.

Tabela 2 – Representatividade dos custos diretos e indiretos com saúde bucal no custo total dos Centros de Saúde da Família pesquisados, julho a dezembro 2009.

Descrição dos Custos	Custo total	Custo com saúde bucal	%
Custos Diretos			
Pessoal	R\$ 14.756.516,31	R\$ 2.079.511,21	14
Material odontológico	R\$ 51.615,17	R\$ 51.615,17	100
Custos Indiretos			
Energia elétrica	R\$ 312.051,75	R\$ 42.101,58	13,5
Água	R\$ 83.840,84	R\$ 16.697,55	19,9
Administração	R\$ 50.976,83	R\$ 5.564,73	10,9
Manutenção e Limpeza	R\$ 195.873,91	R\$ 21.671,75	11
Total	R\$15.399.259,64	R\$ 2.217.161,99	14

Especificamente em relação ao conjunto de todos os custos com saúde bucal dos Centros de Saúde pesquisados (R\$ 2.217.161,99), os custos diretos, que representam os salários dos profissionais da Odontologia e o material odontológico, mostram-se como a maior parcela dos custos, que juntos, correspondem a 96,12% do gasto total com saúde bucal. Os custos indiretos envolvidos na prestação dos serviços odontológicos tiveram seus percentuais de contribuição assim distribuídos: energia elétrica 1,9%, água 0,75%; administração 0,25% e manutenção e limpeza 0,98% (tabela 3).

Tabela 3 – Representatividade dos custos diretos e indiretos no custo total com saúde bucal dos Centros de Saúde da Família de Fortaleza, julho a dezembro 2009.

Descrição dos Custos	Custo total com saúde bucal	%
Custos Diretos		
Pessoal	R\$ 2.079.511,21	93,76
Material odontológico	R\$ 51.615,17	2,36
Custos Indiretos		
Energia elétrica	R\$ 42.101,58	1,9
Água	R\$ 16.697,55	0,75
Administração	R\$ 5.564,73	0,25
Manutenção e Limpeza	R\$ 21.671,75	0,98
Total	R\$ 2.217.161,99	100

A Regional I é atendida por 12 CSF e um hospital municipal, o Hospital Distrital Gonzaga Mota (Barra do Ceará). É contemplada ainda com o Instituto de Psiquiatria do Ceará (Farias Brito) e o Hospital Distrital Dr. Fernandes Távora (Barra do Ceará). No ano de 2009, os CSF da Regional I, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, apresentavam 41 ESF com 25 ESB.

Os custos da Regional I com as diversas atividades de saúde realizadas na Atenção Primária pelos 12 CSF no período de julho a dezembro de 2009 foram da ordem de R\$ 6.793.582,76. Entre os CSF pesquisados da Regional I (tabela 4), os custos totais com as diferentes atividades de Atenção Primária no período, somam um montante de R\$ 2.864.707,26. Desta quantia, R\$ 321.453,05 foram destinados às ações de saúde bucal. Os custos diretos obtiveram maior relevância contábil em relação ao total de custos com saúde bucal, totalizando R\$ 306.375,46 (95,3%). Os custos diretos por Equipe de Saúde Bucal da Regional I no período de julho a dezembro de 2009 foram iguais a R\$ 27.746,93.

A Regional II é atendida por 12 CSF que, em 2009, apresentavam 39 ESF e 31 ESB. Conta ainda com hospitais de grande porte como o Instituto Dr. José Frota (IJF-Centro), o Hospital Geral Dr. César Cals e o Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

Os custos da Regional II com as diferentes atividades desempenhadas na Atenção Primária pelos 12 CSF no período de julho a dezembro de 2009 foram da ordem de R\$ 6.615.354,31. Entre os CSF pesquisados da Regional II (tabela 4), os custos totais com a Atenção Primária no período, somaram um valor de R\$ 2.932.756,65. Do total desta quantia, R\$ 352.004,85 foram destinados às ações de saúde bucal. Os custos diretos com os serviços odontológicos proporcionaram maior soma em relação aos custos indiretos, perfazendo um total de R\$ 332.135,19; ou seja, 94% do total de custos com saúde bucal. Os custos diretos por Equipe de Saúde Bucal da Regional II no período de julho a dezembro de 2009 foi igual a R\$ 21.969,20.

A Regional III é atendida por 16 CSF e dispõe ainda dos seguintes hospitais e instituições de saúde: Hospital Distrital Evandro Aires de Moura (Frotinha do Antônio Bezerra), Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (Hemoce), no Rodolfo Teófilo; Hospital Universitário Walter Cantídio e Maternidade Escola Assis Chateaubriand, no Rodolfo Teófilo; Hospital e Maternidade Argentina Castelo Branco, no Henrique Jorge e Hospital São José, no Amadeu Furtado.

Os CSF pertencentes à regional III apresentavam em 2009, 61 ESF e 42 ESB. Os custos da Regional III com as atividades desempenhadas na Atenção Primária pelos 16 Centros de Saúde no período de julho a dezembro de 2009 foram de R\$ 9.366.652,12. Entre os CSF pesquisados da regional III (tabela 4), os custos totais com as atividades de Atenção Primária no período, somaram um montante de R\$ 3.224.310,06. Do total desta quantia, R\$ 485.349,56 foram destinados às ações de saúde bucal. Os custos diretos com saúde bucal apresentaram a maior quantia, totalizando R\$ 466.041,75 (96%). A soma dos custos diretos por Equipe de Saúde Bucal da Regional III no período de julho a dezembro de 2009 foi de R\$ 27.880,62.

A Regional IV é atendida por 11 CSF que, em 2009, apresentavam 33 ESF e 28 ESB. Possui ainda, um hospital municipal, o Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira (Frotinha da Parangaba) com a segunda maior emergência do estado do Ceará. Além destes, a regional apresenta ainda as seguintes unidades hospitalares: Centro de Assistência à Criança Lúcia Fátima (Parangaba), Hospital Infantil Albert Sabin (Vila União), Hospital Menino Jesus (Parangaba), Hospital Antônio Prudente (Fátima), Hospital Regional da Unimed (Fátima), Hospital Gomes da Frota (Fátima) e Hospital Estadual José de Moura (Demócrito Rocha).

Os custos da Regional IV com as diferentes atividades realizadas na Atenção Primária pelos 19 CSF no período de julho a dezembro de 2009 foram de R\$ 6.661.957,96. Entre os CSF pesquisados da Regional IV (Tabela 4), os custos totais com as atividades de Atenção Primária no período somaram um montante de R\$ 2.379.769,13. Do total desta quantia, R\$ 206.491,39 foram destinados às ações de saúde bucal. Os custos diretos com saúde bucal somaram maior valor, totalizando R\$ 194.917,42 (94%). Os custos diretos por Equipe de Saúde Bucal da Regional IV no período de julho a dezembro de 2009 foi da ordem de R\$ 27.712,41.

A Regional V é atendida por 18 CSF, que, em 2009, contavam com 67 ESF e 41 ESB. Apresenta ainda, dois hospitais municipais: Gonzaga Mota, no José Walter e Nossa Senhora da Conceição, no Conjunto Ceará. Os custos da Regional V com as variadas atividades realizadas na Atenção Primária pelos 18 CSF no período de julho a dezembro de 2009 foram de R\$ 10.134.400,97. Entre os CSF pesquisados da Regional V (tabela 4), os custos totais com as atividades de Atenção Primária no período, reuniram uma quantia de R\$ 3.607.354,97. Do total desta quantia, R\$ 395.269,95 foram destinados às ações de saúde bucal. Os custos diretos com saúde bucal apresentaram maior quantia, totalizando R\$ 388.277,81 (91%). Os custos diretos por Equipe de Saúde Bucal da Regional I, no período de julho a dezembro de 2009, foram de R\$ 27.644,85.

A Regional VI é amparada por 25 CSF que, em 2009, apresentavam 72 ESF e 58 ESB. Apresenta ainda as seguintes unidades hospitalares: Hospital Gonzaguinha de Messejana; Hospital Frotinha de Messejana; Hospital de Saúde Mental, em Messejana; Hospital do Coração, em Messejana; Hospital Sarah Kubitschek, no Passaré.

Os custos da Regional VI com as diferentes atividades na Atenção Primária pelos 25 CSF no período de julho a dezembro de 2009, foram de R\$ 11.954.157,10. Entre os CSF pesquisados na Regional VI (tabela 4), os custos totais com as atividades de Atenção Primária somaram um montante de R\$ 2.996.890,80. Do total desta quantia, R\$ 456.593,19 foram destinados às ações de saúde bucal. Os custos diretos com saúde bucal apresentaram maior quantia, totalizando R\$ 443.398,85 (97%). Os custos diretos por Equipe de Saúde Bucal da Regional V, no período de julho a dezembro de 2009, somaram a quantia de R\$ 27.678,49.

Tabela 4 – Demonstrativo dos custos com saúde bucal dos CSF pesquisados, julho a dezembro 2009.

Centros de Saúde	Custos diretos	Custos indiretos	Custo total
Regional I			
CSF Carlos Ribeiro	R\$ 82.475,20	R\$ 3.569,03	R\$ 84.044,23
CSF Casemiro Filho	R\$ 54.750,15	R\$ 3.794,17	R\$ 58.544,32
CSF Guiomar Arruda	R\$ 112.499,31	R\$ 5.083,96	R\$ 117.583,27
CSF Lineu Jucá	R\$ 56.650,80	R\$ 2.630,43	R\$ 59.281,23
Subtotal	R\$ 306.375,46	R\$ 15.077,59	R\$ 321.453,05
Regional II			
CSF Benedito Carvalho	R\$ 81.913,32	R\$ 4.914,85	R\$ 86.828,17
CSF Flávio Marcílio	R\$ 83.223,46	R\$ 4.746,04	R\$ 87.969,50
CSF Ir. Hercília Aragão	R\$ 82.687,15	R\$ 5.424,11	R\$ 88.111,26
CSF Paulo Marcelo	R\$ 84.311,16	R\$ 4.784,76	R\$ 89.095,92
Subtotal	R\$ 332.135,09	R\$ 19.869,76	R\$ 352.004,85
Regional III			
CSF Clodoaldo Pinto	R\$ 79.416,48	R\$ 5.977,98	R\$ 85.394,46
CSF Humberto Bezerra	R\$ 55.145,45	R\$ 1.753,28	R\$ 56.898,73
CSF Menton de Alencar	R\$ 109.958,73	R\$ 3.876,26	R\$ 113.834,99
CSF Pereira Almeida	R\$ 55.191,11	R\$ 2.005,04	R\$ 57.196,15
CSF Recamond Campelo	R\$ 83.715,94	R\$ 2.697,44	R\$ 86.413,38
CSF Santa Liduína	R\$ 82.614,04	R\$ 2.997,81	R\$ 85.611,85
Subtotal	R\$ 466.041,75	R\$ 19.307,81	R\$ 485.349,56
Regional IV			
CSF Albuquerque Mendes	R\$ 55.043,61	R\$ 3.206,83	R\$ 58.250,44
CSF Gutenberg Braun	R\$ 27.855,77	R\$ 1.340,69	R\$ 29.196,46
CSF Oliveira Pombo	R\$ 56.060,22	R\$ 2.773,80	R\$ 58.834,02
CSF Roberto Bruno	R\$ 55.937,82	R\$ 4.272,65	R\$ 60.210,47
Subtotal	R\$ 194.897,42	R\$ 11.593,97	R\$ 206.491,39
Regional V			
CSF José Paracampos	R\$ 110.644,45	R\$ 1.269,97	R\$ 111.914,42
CSF Jurandir Picanço	R\$ 55.351,10	R\$ 1.039,51	R\$ 56.390,61
CSF Luiza Távora	R\$ 54.899,65	R\$ 1.253,07	R\$ 56.152,72
CSF Maciel Brito	R\$ 83.624,74	R\$ 1.141,36	R\$ 84.766,10
CSF Pedro Celestino	R\$ 55.553,95	R\$ 1.299,70	R\$ 56.853,65
CSF Viviane Benevides	R\$ 28.203,92	R\$ 988,53	R\$ 29.192,45
Subtotal	R\$ 388.277,81	R\$ 6.992,14	R\$ 395.269,95
Regional VI			
CSF Anísio Teixeira	R\$ 82.333,13	R\$ 2.201,58	R\$ 84.534,71
CSF Edmar Fujita	R\$ 83.279,43	R\$ 2.562,39	R\$ 85.841,82
CSF Galba de Araújo	R\$ 56.163,16	R\$ 1.505,73	R\$ 57.668,89
CSF Hélio Goes	R\$ 56.115,91	R\$ 1.561,96	R\$ 57.677,87
CSF Matos Dourado	R\$ 109.931,23	R\$ 3.800,84	R\$ 113.732,07
CSF Monteiro de Moraes	R\$ 55.575,99	R\$ 1.561,84	R\$ 57.137,83
Subtotal	R\$ 443.398,85	R\$ 13.194,34	R\$ 465.593,19
Total	R\$ 2.131.126,38	R\$ 86.035,61	R\$ 2.217.161,99

5.2 Custo médio por procedimento odontológico, Custo *per capita* com Saúde Bucal dos CSF e Indicadores de Atenção Primária dos CSF

Os valores da cobertura de primeira consulta odontológica programada no período de junho a dezembro de 2009 nos CSF pesquisados da Regional I, mostra que o CSF Carlos Ribeiro obteve maior cobertura populacional (1,10%) e o CSF Casemiro Filho menor (0,37%). Para o indicador escovação dental supervisionada, o CSF Guiomar Arruda obteve maior cobertura com 22,4% de sua população e CSF Casemiro Filho, menor cobertura com 6,28% (tabela 5). Ainda em relação à Regional I, a análise do custo por procedimentos odontológicos individuais básicos realizados nos CSF pesquisados mostrou que o maior custo por procedimento ocorreu no CSF Guiomar Arruda (R\$ 98,23) e o menor custo no CSF Casemiro Filho (R\$ 34,60). Em se tratando de custo *per capita* com saúde bucal nos CSF pesquisados da Regional I, CSF Guiomar Arruda apresentou maior custo *per capita* (R\$ 5,44) e o CSF Carlos Ribeiro menor (R\$ 1,76).

Para os CSF pesquisados da Regional II, o indicador de primeira consulta odontológica programada mostra que o CSF Benedito Carvalho obteve maior cobertura (5,1%) e o CSF Flávio Marcílio menor (0,45%). Para o indicador escovação dental supervisionada, foram observados valores apenas para o CSF Benedito Carvalho, com cobertura de 2,23% da população e para o CSF Paulo Marcelo, com 4,02% de cobertura. O maior custo por procedimento individuais básicos realizados nos CSF pesquisados (tabela 4) ocorreu no CSF Flávio Marcílio (R\$ 44,72) e o menor custo no CSF Paulo Marcelo (R\$ 7,63). O maior custo *per capita* entre os CSF pesquisados foi do CSF Benedito de Carvalho (R\$ 4,83) e o menor do CSF Flávio Marcílio (R\$ 1,41).

O indicador de primeira consulta odontológica programada entre os CSF pesquisados da Regional III (tabela 5) mostrou que o CSF Luiz Recamond Capelo alcançou maior cobertura (3,8%) e o CSF Humberto Bezerra menor (0,33%). Para o indicador escovação dental supervisionada, o CSF Clodoaldo Pinto obteve maior cobertura com 7,61% da população e CSF Pereira Almeida, menor cobertura com 1,35% da população. O custo por procedimentos individuais básicos realizados nos CSF pesquisados da Regional III no período de julho a dezembro de 2009 apresentou maior valor para o CSF Humberto Bezerra (R\$ 53,42) e o menor para CSF Pereira Almeida (11,58). Em relação ao custo *per capita* do período para os Centros de Saúde pesquisados, o maior valor foi para o CSF Clodoaldo Pinto (R\$ 7,03) e o menor para o CSF Pereira Almeida (R\$ 1,77).

Nos CSF pesquisados da Regional IV, o indicador de primeira consulta odontológica programada mostra que o CSF Oliveira Pombo obteve maior cobertura (8,7%) e o CSF

Gutenberg Braun menor (1,97%). Para o indicador escovação dental supervisionada, foi possível calcular apenas, por insuficiência de dados, os valores para CSF Albuquerque Mendes com 13,1% e CSF Oliveira pombo com 15,34% (tabela 5). A análise do custo por procedimentos individuais básicos realizados nos CSF pesquisados da Regional IV no período de junho a dezembro de 2009 apontou que maior custo por procedimento ocorreu CSF Albuquerque Mendes (R\$ 31,30) e o menor custo no CSF Oliveira Pombo (R\$ 4,87). Em relação ao custo *per capita* do período o maior valor foi observado no CSF Oliveira Pombo (R\$ 3,65) e o menor no CSF Gutemberg Braun (R\$ 1,26).

O indicador de primeira consulta odontológica programada nos CSF pesquisados da Regional V, mostra que o CSF Viviane Benevides obteve maior cobertura populacional (1,35%) e o CSF Maciel Brito menor (0,28%). Para o indicador escovação dental supervisionada foi possível calcular apenas, por insuficiência de dados, os valores de cobertura populacional para CSF José Paracampos (19,1%), CSF Jurandir Picanço (38,8%), CSF Pedro Celestino (12,83%) e CSF Viviane Benevides (8,68%). O custo por procedimentos individuais básicos realizados nos CSF pesquisados da Regional V no período de julho a dezembro de 2009 foi maior no CSF Luiza Távora (R\$ 77,88) e o menor custo no CSF Viviane Benevides (R\$ 22,50). Em relação ao custo *per capita* do período para os Centros de Saúde pesquisados o maior custo *per capita* observado foi no CSF José Paracampos (R\$ 6,95) e, o menor, no CSF Viviane Benevides (R\$ 0,94).

Entre os CSF pesquisados na Regional VI, o indicador de primeira consulta odontológica programada mostrou que o CSF Edmar Fujita obteve maior cobertura (4,67%) e o CSF Matos Dourado menor (1,02%). Para o indicador escovação dental supervisionada, o CSF Edmar Fujita alcançou maior cobertura, com 47,10% da população, e o CSF Anísio Teixeira, a menor cobertura, com 8,28% (tabela 5). O custo por procedimentos individuais básicos realizados nos CSF pesquisados da Regional VI (tabela 4), apresentou maior valor para o CSF Matos Dourado (R\$ 123,48) e o menor custo para o CSF Anísio Teixeira (R\$ 8,46). Em relação ao custo *per capita* do período para os Centros de Saúde pesquisados o maior custo *per capita* foi observado no CSF Edmar Fujita (R\$ 8,33) e, o menor, no CSF Anísio Teixeira (R\$ 2,98).

Para os CSF Flávio Marcílio, Ir. Hercília Aragão, Gutemberg Braun, Roberto Bruno, Luiza Távora e Maciel Brito, não foi possível calcular o percentual de escovação dental supervisionada por indisponibilidade de dados no Boletim de Produção Ambulatorial em Saúde Bucal do ano de 2009 (tabela 5).

Tabela 5 - Valores dos custos *per capita* e dos custos médio por procedimentos dos Centros de Saúde da Família pesquisados e indicadores de Atenção Primária em Saúde Bucal, julho a dezembro 2009.

Centros de Saúde da Família	Primeira Consulta Programática (%)	Escovação dental supervisionada (%)	Custos <i>per capita</i> com saúde bucal	Custos médios por procedimentos
Regional I				
CSF Carlos Ribeiro	1,1	7,08	R\$ 1,76	R\$ 53,37
CSF Casemiro Filho	0,37	6,28	R\$ 1,95	R\$ 34,60
CSF Guiomar Arruda	0,91	22,4	R\$ 5,44	R\$ 98,23
CSF Lineu Jucá	0,75	9,07	R\$ 1,98	R\$ 55,87
Regional II				
CSF Benedito Carvalho	5,1	2,23	R\$ 4,83	R\$ 24,48
CSF Flávio Marcílio	0,45	-	R\$ 1,41	R\$ 44,72
CSF Ir. Hercília Aragão	0,57	-	R\$ 1,98	R\$ 33,87
CSF Paulo Marcelo	2,6	4,02	R\$ 2,73	R\$ 7,63
Regional III				
CSF Clodoaldo Pinto	1,47	7,61	R\$ 7,03	R\$ 29,35
CSF Humberto Bezerra	0,33	3,4	R\$ 2,43	R\$ 53,42
CSF Menton de Alencar	3,05	6,54	R\$ 4,92	R\$ 16,21
CSF Pereira Almeida	1,18	1,35	R\$ 1,77	R\$ 11,58
CSF Recamonde Campelo	3,8	8,7	R\$ 4,40	R\$ 24,41
CSF Santa Liduína	3,2	4,3	R\$ 6,97	R\$ 23,98
Regional IV				
CSF Albuquerque Mendes	2,14	13,10	R\$ 2,28	R\$ 31,30
CSF Gutenberg Braun	1,97	-	R\$ 1,26	R\$ 16,12
CSF Oliveira Pombo	8,7	15,34	R\$ 3,65	R\$ 4,87
CSF Roberto Bruno	2,53	-	R\$ 1,57	R\$ 22,98
Regional V				
CSF José Paracampos	0,89	19,1	R\$ 6,95	R\$ 72,39
CSF Jurandir Picanço	0,71	38,8	R\$ 3,34	R\$ 38,05
CSF Luíza Távora	0,36	-	R\$ 4,37	R\$ 77,88
CSF Maciel Brito	0,28	-	R\$ 2,18	R\$ 51,06
CSF Pedro Celestino	0,87	12,83	R\$ 2,55	R\$ 33,05
CSF Viviane Benevides	1,35	8,68	R\$ 0,94	R\$ 22,50
Regional VI				
CSF Anísio Teixeira	2,9	8,28	R\$ 2,98	R\$ 8,46
CSF Edmar Fujita	4,67	47,1	R\$ 8,33	R\$ 25,72
CSF Galba de Araújo	2,29	23,9	R\$ 4,20	R\$ 28,43
CSF Hélio Goes	2,87	20,4	R\$ 3,55	R\$ 35,90
CSF Matos Dourado	1,02	15,27	R\$ 5,28	R\$ 123,48
CSF Monteiro de Morais	1,17	10,61	R\$ 3,21	R\$ 17,15
Total	1,98	13,18	R\$ 3,54	R\$ 37,37

5.3 Custo médio por procedimento odontológico, Custo *per capita* com Saúde Bucal e Custo médio por Equipe de Saúde Bucal das Regionais

Entre os meses de julho a dezembro de 2009, foram realizados 271.440 procedimentos odontológicos individuais básicos nos 92 CSF de Fortaleza. O custo médio por procedimento foi de R\$ 22,47. Para a Regional V, que apresentou maior custo, o valor foi de R\$ 67,40 e para a Regional IV, o menor entre as Regionais, o valor foi de R\$ 14,05 (tabela 6).

O custo *per capita* com saúde bucal na Atenção Primária de Fortaleza, de julho a dezembro de 2009, foi igual à R\$ 2,43 (tabela 6). A Regional VI mostrou maior custo *per capita* com saúde bucal (R\$ 3,14) enquanto a Regional I, menor custo (R\$ 1,47).

Em 2009, o município de Fortaleza oferecia 221 Equipes de Saúde Bucal à população. O custo médio no semestre por ESB foi da ordem de R\$ 27.692,85. Com maior custo médio para a Regional III (R\$ 27.900,44) e menor custo médio para a Regional VI (R\$ 27.439,79).

Tabela 6 – Representatividade do custo médio por procedimento, do custo médio por ESB, do custo *per capita* com saúde bucal no custo total das Regionais, julho a dezembro 2009.

Distrito Sanitário	Custos médio por procedimento^a	Custos <i>per capita</i> com saúde bucal^a	Custos médio por ESB^a	CPO-D 12 anos
Regional I	R\$ 42,10	R\$ 1,47	R\$ 27.880,33	2,00
Regional II	R\$ 19,96	R\$ 2,34	R\$ 27.580,47	1,13
Regional III	R\$ 14,48	R\$ 2,87	R\$ 27.900,44	1,46
Regional IV	R\$ 14,05	R\$ 2,54	R\$ 27.711,82	1,87
Regional V	R\$ 67,40	R\$ 2,13	R\$ 27.644,25	1,20
Regional VI	R\$ 20,32	R\$ 3,14	R\$ 27.439,79	1,54
Fortaleza	R\$ 22,47	R\$ 2,43	R\$ 27.692,85	1,54

a) os custos utilizados para este cálculo correspondem aos custos diretos com saúde bucal.

5.4 Custo com saúde bucal de acordo com os Valores de Referência de Procedimentos Odontológicos (VRPO) nos CSF

Utilizando a tabela de valores de referência de procedimentos odontológicos (VRPO) do ano de 2009 para simular valores de mercado dos procedimentos realizados de julho a dezembro de 2009 nos consultórios odontológicos dos CSF, observou-se uma variação percentual positiva de 78% no custo total com saúde bucal em Fortaleza, o que corresponde a um aumento, deste mesmo percentual, nos custos com saúde bucal. De acordo com essa simulação, os valores aplicados pelo município passariam de R\$ 2.217.161,99 para R\$ 3.951.414,59 (tabela 7).

Tabela 7 – Variação percentual entre os valores reais e simulados segundo VRPO, julho a dezembro 2009.

Centros de Saúde	Custos com saúde bucal	Custos segundo VRPO	Variação percentual
Regional I			
CSF Carlos Ribeiro	R\$ 84.044,23	R\$ 64.191,72	-23,6
CSF Casemiro Filho	R\$ 58.544,32	R\$ 31.948,32	-45,4
CSF Guiomar Arruda	R\$ 117.583,27	R\$ 48.665,78	-58,6
CSF Lineu Jucá	R\$ 59.281,23	R\$ 42.320,67	-28,6
Subtotal	R\$ 321.453,05	R\$ 187.126,49	-41,7
Regional II			
CSF Benedito Carvalho	R\$ 86.828,17	R\$ 144.551,98	66,4
CSF Flávio Marclio	R\$ 87.969,50	R\$ 83.610,04	-4,95
CSF Ir. Hercília Aragão	R\$ 88.111,26	R\$ 109.635,51	24,4
CSF Paulo Marcelo	R\$ 89.095,92	R\$ 485.688,57	445
Subtotal	R\$ 352.004,85	R\$ 823.486,10	133
Regional III			
CSF Clodoaldo Pinto	R\$ 85.394,46	R\$ 120.897,49	41,5
CSF Humberto Bezerra	R\$ 56.898,73	R\$ 35.401,85	-37,7
CSF Menton de Alencar	R\$ 113.834,99	R\$ 256.891,32	125
CSF Pereira Almeida	R\$ 57.196,15	R\$ 201.918,49	253
CSF Recamond Capelo	R\$ 86.413,38	R\$ 155.944,44	80,4
CSF Santa Liduína	R\$ 85.611,85	R\$ 141.053,20	64,7
Subtotal	R\$ 485.349,56	R\$ 912.106,79	87,9
Regional IV			
CSF Albuquerque Mendes	R\$ 58.250,44	R\$ 83.996,58	44,1
CSF Gutenberg Braun	R\$ 29.196,46	R\$ 79.084,85	170
CSF Oliveira Pombo	R\$ 58.834,02	R\$ 494.841,55	741
CSF Roberto Bruno	R\$ 60.210,47	R\$ 107.717,10	78,9
Subtotal	R\$ 206.491,39	R\$ 756.640,08	266
Regional V			
CSF José Paracampas	R\$ 111.914,42	R\$ 65.038,85	-41,8
CSF Jurandir Picanço	R\$ 56.390,61	R\$ 67.818,67	20,2
CSF Luiza Távora	R\$ 56.152,72	R\$ 30.550,22	-45,5
CSF Maciel Brito	R\$ 84.766,10	R\$ 69.647,72	-17,8
CSF Pedro Celestino	R\$ 56.853,65	R\$ 73.730,49	29,6
CSF Viviane Benevides	R\$ 29.192,45	R\$ 51.659,46	76,9
Subtotal	R\$ 395.269,95	R\$ 358.445,41	-9,3
Regional VI			
CSF Anísio Teixeira	R\$ 84.534,71	R\$ 467.668,54	453
CSF Edmar Fujita	R\$ 85.841,82	R\$ 135.785,15	58,1
CSF Galba de Araújo	R\$ 57.668,89	R\$ 86.382,68	49,7
CSF Hélio Goes	R\$ 57.677,87	R\$ 66.598,28	15,4
CSF Matos Dourado	R\$ 113.732,07	R\$ 38.136,44	-66,4
CSF Monteiro de Morais	R\$ 57.137,83	R\$ 119.038,63	108
Subtotal	R\$ 465.593,19	R\$ 913.609,72	96,2
Total	R\$2.217.161,99	R\$ 3.951.414,59	78,2

6. DISCUSSÃO

Nesta pesquisa observou-se (tabelas 2 e 3) que o gasto com pessoal é o principal item no orçamento das Equipes de Saúde Bucal dos Centros de Saúde da Família de Fortaleza, com importância contábil em torno de 93,76% do custo total. Da mesma forma, o gasto com pessoal é o principal componente no orçamento mensal das ESF estudadas por todos os autores analisados, incluindo Sousa (2002), Santana (2003) e Rocha Filho (2009).

Em ESF pesquisadas por Sousa (2002), no município de Crateús no Estado do Ceará no período de junho de 1997 a dezembro de 1999, os custos com pessoal apresentaram posição de destaque entre os custos totais. Mostraram uma tendência decrescente de 81% em 1997, 79% em 1998 e 66% em 1999. Em ESF analisadas por Santana (2003), em municípios do Estado da Bahia no ano de 2002, a proporção dos custos referentes aos salários e encargos sociais variou entre 62% e 68% do total de custos. Rocha Filho (2009) apontou que, dos gastos com as ESF em Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Fortaleza, os mais elevados foram aqueles com pessoal da equipe, em média, 62,22% do valor total.

Esse dado é importante para gestão municipal de Fortaleza, na medida em que, por decisão judicial, foi determinada a nomeação e a posse, em 2011, de 112 novos cirurgiões-dentistas aprovados dentro do número previsto de vagas no concurso público realizado em 2006.

Esta pesquisa mostrou também que 96,12% dos custos das ESB do município de Fortaleza são de natureza direta, com os gastos com pessoal em posição principal seguido de material de consumo odontológico. Assim, esses custos podem ser apropriados sem a necessidade do artifício de rateio, tornando viável a implementação de sistemas de custos em ESB. Corroborando deste modo com a análise de Sousa (2002) na qual mais de 95% dos custos das ESF estudadas no município de Crateús são diretos, tendo a autora citado que, por conta disso, os sistemas de custos podem ser facilmente praticados.

Houve um cuidado, nessa pesquisa, ao elaborar algumas tabelas com os resultados, em relacionar os custos das ESB com indicadores de acesso aos serviços de saúde bucal (tabelas 4 e 7). Desta forma foi possível observar que há uma variação no comportamento produtivo das ESB nos CSF pesquisados. Assim, Centros de Saúde da Família que tiveram maior custo médio *per capita* não proporcionaram maior acesso de sua população adscrita aos serviços de saúde bucal. O CSF José Paracampos, por exemplo, apresentou custo *per capita* no período de R\$ 6,95 e uma cobertura populacional de primeira consulta programática de 0,88%.

Obteve assim, um baixo desempenho em comparação ao CSF Oliveira Pombo, cuja cobertura de primeira consulta programática foi de 8,7% da população com um custo *per capita* menor: R\$ 3,65. Outros exemplos são observados entre os CSF do município tanto para cobertura de primeira consulta programática, quanto para escovação dental supervisionada.

Deste modo, é necessário compreender melhor a questão do acesso aos serviços de saúde, pois a oferta de serviços e de recursos financeiros para custeá-los não resolve por si só a sua utilização. O acesso deve assim, ser analisado não apenas como um aspecto territorial e econômico, mais também, gerencial e sociocultural. Esse dado é condescende com algumas análises que procuram relacionar o acesso da população aos serviços de saúde com os investimentos financeiros realizados.

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do Ministério da Saúde, entre os anos de 2004 e 2009, o orçamento do Ministério passou de R\$ 29,2 para R\$ 48,3 bilhões. Os maiores aumentos foram observados na Atenção Primária, onde, neste mesmo período, estima-se que os seus gastos tenham aumentado de 27,4% para 33,5% dos gastos totais do Ministério da Saúde. No mesmo período os gastos do Ministério com PAB fixo aumentaram de R\$ 2,1 bilhões para R\$ 3,4 bilhões e, por conseguinte, os gastos *per capita* com Atenção Primária acresceram substancialmente.

No entanto, programas como os Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia Saúde da Família não têm crescido sua cobertura com a mesma celeridade nos últimos anos. Dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB-MS) mostram que a cobertura da população pelo PACS entre 2005 e 2009, estancou em torno de 60% e a cobertura da ESF também não tem aumentado consideravelmente desde 2006, alcançando um valor de pouco mais da metade da população brasileira em 2009.

Foi analisado também pela presente pesquisa (tabela 5), o desempenho das ESB, utilizando-se para isso, a relação custo-produtividade das ações específicas de saúde bucal no consultório odontológico. Assim como nos indicadores de acesso, houve um comportamento variável das ESB quando à produtividade de suas ações, aqui identificada como custo por procedimento. Porém, o mais curioso foi notar que há uma discrepância entre os custos por procedimentos, mesmo entre CSF que apresentem semelhanças no custeio e na infra-estrutura.

Os CSF Pedro Celestino e Luiza Távora ilustraram bem esse comportamento. Ambos apresentam semelhanças nos custos com saúde bucal, no número de ESB, na população adscrita, no número de equipamentos odontológicos, no número de funcionários na unidade de saúde e ainda pertencem à mesma Regional. No entanto, o primeiro apresenta um custo

médio por procedimento odontológico no período da pesquisa de R\$ 33,05 e o CSF Luiza Távora custeia para essas ações, mais que o dobro deste valor: R\$ 77,88. Essa diferença pode ser justificada, tendo em vista a semelhança nos custos entre os Centros de Saúde, pela menor produção de procedimentos clínico-odontológicos das ESB que compõe o CSF Luiza Távora ou pela priorização, neste CSF, de ações preventivas como a escovação dental supervisionada.

Porém, estendendo esse raciocínio comparativo para outros CSF que apresentam similaridades nos custos com saúde bucal, no número de ESB, na população adscrita, no número de equipamentos odontológicos, no número de funcionários na unidade de saúde e discrepância no custo médio por procedimentos, não foi percebido uma priorização nas ações preventivas em detrimento dos procedimentos clínico-odontológicos. O que se observou na comparação, foi uma diminuta produção clínica e preventiva das ações em saúde bucal em alguns CSF, encarecendo assim o custo médio por procedimento odontológico.

O que bem esboça essa informação anterior é a comparação entre CSF Albuquerque Mendes e CSF Oliveira Pombo: com as mesmas características de infra-estrutura e financiamento, o CSF Albuquerque Mendes apresentou custo de R\$ 31,30 por procedimento clínico-odontológico, enquanto no CSF Oliveira Pombo o valor foi de R\$ 4,87 por procedimento. Ao analisarmos a produção clínica e as ações preventivas das ESB desses dois CSF foi percebido que o CSF Albuquerque Mendes alcançou esse custo, tanto com uma menor produção clínica quanto com um menor percentual de escovação dental supervisionada em comparação ao CSF Oliveira Pombo, reforçando a idéia de que em alguns CSF o alto valor no custo médio por procedimentos odontológicos é devido a uma menor produção clínico-odontológico, não cabendo a justificativa, nesses casos, de priorização nas ações preventivas.

Desta maneira, as ESB dos CSF Pedro Celestino e Oliveira Pombo tiveram melhor desempenho na utilização dos recursos, pois minimizaram os custos através de uma maior produção e obtiveram resultados positivos em termos de efeitos para a saúde da população, contribuindo assim para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

Até o ano de 1995, as transferências de recursos federais para os municípios eram feitas com base nos volumes de produção, ou seja, a quantidade de procedimentos efetuados pelas equipes indicava o montante de recursos financeiros transferidos. Com a NOB 96, as transferências passaram a ser automáticas sem os critérios baseados na quantidade produzida; agora, as metas a serem alcançadas, envolvem aspectos como acessibilidade e epidemiologia. No entanto, ainda que os recursos financeiros estejam garantidos, não importando o volume

de produção, não é observada a eficiência na alocação desses recursos em algumas ESB dos CSF do município de Fortaleza.

Esta pesquisa propicia ainda outro elemento de discussão: a equidade na alocação de recursos financeiros em saúde. Analisando o perfil da saúde bucal das seis Regionais do município de Fortaleza (tabela 6), identificado no biênio 2006-2007, é possível observar que a alocação dos recursos financeiros em saúde bucal de julho a dezembro de 2009 pela gestão municipal, não se norteou por critérios epidemiológicos. A Regional I apresentou o maior índice CPO-D entre as regionais (2,00) e teve o menor custo *per capita* com o valor de R\$ 1,47.

É importante lembrar que a capacidade de obtenção de alocação equitativa de recursos em saúde considera as diferentes necessidades sanitárias presentes nos distritos sanitários, realizando correções com base tanto no perfil demográfico quanto epidemiológico. Por apresentar piores indicadores de saúde bucal, ainda que não apresente a justificativa demográfica de maior população, a administração municipal pode realizar ajustes na alocação dos recursos, inclusive financeiros, para melhorar o nível de saúde bucal da população da Regional I.

Pelo que se observa atualmente em Fortaleza, a aglomeração de serviços de saúde privados, como hospitais e clínica particulares, se consolida nas Regionais onde há melhores condições econômicas da população. Assim, a Regional II, que apresenta o melhor IDH médio do município e a maior renda *per capita* de chefes de família, conta com uma larga oferta de equipamentos de saúde privados, influenciando nos índices epidemiológicos de saúde de sua população. O CPO-D médio da regional II foi o menor, entre os CPO-D das seis Regionais do município, com o valor de 1,13.

Por outro lado, em Regionais com piores indicadores sociais, a disponibilidade de hospitais e clínicas muitas vezes se restringe à oferta de serviços públicos como os CSF e os hospitais distritais municipais. É o que se nota na Regional V, que apresenta a maior população da capital, como também a mais pobre e por isso, em tese, deveria receber maior atenção do poder público, através de maiores investimentos nesses serviços de saúde. O contrário é mostrado nessa presente pesquisa: o custo *per capita* com saúde bucal é de R\$ 2,13 na Regional V, superior apenas à Regional I e inferior ao custo da Regional II, que tem as melhores condições sócio-econômicas.

A situação de saúde de uma população é afetada por muitos fatores, que incluem, entre outros, condições ambientais de saneamento e habitação, qualidade da alimentação consumida e disponibilidade de assistência médica-odontológica de qualidade. Esses fatores, que afetam

a saúde, não se distribuem por acaso dentro de uma dada população, mas são influenciadas pela formação socioeconômica local, a qual determina o seu perfil de classe social. Desse modo, a aplicação de recursos em saúde nas regionais do município deve ser seguida de investimentos na infra-estrutura socioeconômica desses espaços.

Foi possível ainda nesta pesquisa, a partir da análise dos procedimentos realizados nos consultórios odontológicos dos CSF pesquisados, simular o custo com saúde bucal a partir dos preços sugeridos no mercado pela tabela de Valores de Referência para Procedimentos Odontológicos - VPRO. De acordo com essa simulação, houve, mais uma vez, um comportamento alterável das ESB em relação à variação percentual dos custos reais e dos custos simulados pelo VPRO (tabela 7). Em 12 CSF pesquisados, a variação foi negativa, ou seja, os custos reais com saúde bucal nesses CSF foram maiores que os praticados no mercado. Porém, para a maioria dos CSF pesquisados, a variação foi positiva, mostrando que os valores dos procedimentos odontológicos praticados nos CSF são inferiores aos de mercado.

Há dois aspectos interessantes suscitados a partir dos dados anteriores. O primeiro é: como explicar a variabilidade dos valores simulados entre os CSF? Esse pode ser em parte elucidado considerando que, no elenco de procedimentos odontológicos realizados na Atenção Primária, alguns tratamentos são mais dispendiosos que outros. A realização em maior grau, por algumas ESB, de procedimentos odontológicos mais onerosos elevaria os custos totais. É importante advertir que, não se trata aqui de debater a realização ou não dos procedimentos mais caros pelas ESB. O que a pesquisa pretende expressar é que há a oferta de tratamentos odontológicos onerosos na Atenção Primária que encarecem bastante o serviço.

E é justamente esse o segundo ponto de interesse suscitado: a oferta pelo SUS de procedimentos odontológicos que, segundo valores de mercado, seriam inacessíveis a boa parte da população. O CSF Oliveira Pombo, por exemplo, realizou no período de junho a dezembro de 2009 um total de 10.543 procedimentos odontológicos individuais. Os custos reais aplicados a esse montante de procedimentos foi da ordem de R\$ R\$ 58.834,02. A simulação de custos, utilizando valores praticados no mercado, elevou essa quantia em 741%, orçando esses mesmos procedimentos em R\$ R\$ 494.841,55.

Essa análise permite compreender a importância socioeconômica da inserção da Odontologia na Estratégia Saúde da Família do município. Segundo notícia do Secretário Estadual do Desenvolvimento Agrário, Nelson Martins, publicada em agosto de 2011 no Jornal Diário do Nordeste, Fortaleza é a quarta cidade do País com maior número de

indivíduos em situação de miséria com um total de 134 mil pessoas. Sobretudo para essa parcela da população é inegável a precisão das ESB.

Os resultados dessa pesquisa permitem subsidiar o planejamento mais preciso das ações das equipes, servindo de instrumento eficaz na gestão e no acompanhamento dos serviços prestados. Portanto, nota-se a importância do desenvolvimento, pelos gestores, de sistemas de custos com controle detalhado dos gastos efetuados pelos Centros de Saúde da Família. Desta maneira, estudos como esse, agora apresentado, poderão ser realizados de modo mais frequente. A contabilidade de custos com saúde, não deve ter o mero propósito de apurar valores e relacioná-los com os resultados. O seu uso mais nobre deve ser na tomada de decisões gerenciais para melhoria na alocação dos recursos financeiros disponíveis à saúde.

Esses resultados também permitem a própria ponderação e o autogerenciamento dos funcionários, tanto para a avaliação quanto para o planejamento de suas ações. É estimável a apropriação desses conhecimentos por parte dos profissionais que compõe a unidade, para que dessa maneira haja um controle e uma aplicação melhor dos montantes financeiros nos serviços saúde da população. Um aspecto interessante quando da entrada no campo dos CSF para a realização desta pesquisa, foi que a totalidade dos dentistas e até alguns coordenadores dos CSF, quando da apresentação do objeto desse estudo, mostravam total desconhecimento da estrutura e da gestão dos custos incorridos na execução de suas tarefas nos Centros de Saúde. Estudos evidenciaram que quando os profissionais de saúde têm acesso a esses dados sobre os custos de suas atividades, comumente começam a se empenhar com mais acuidade na aplicação dos recursos e na maior produtividade de suas ações (DRUMMOND, 1997).

7. CONCLUSÃO

Esta pesquisa, ora apresentada, é um estudo inédito de análise de custos com saúde bucal na Estratégia Saúde da Família utilizando a metodologia de custeio por absorção. A utilização deste método permitiu um detalhamento maior dos dados, gerando uma melhor compreensão dos gastos com saúde bucal na Atenção Primária, preenchendo uma lacuna importante nas análises existentes sobre as ESB no município de Fortaleza.

Foi mostrado que o custo total com saúde bucal dos CSF no período de julho a dezembro de 2009 foi de R\$ 2.217.161,99. O principal componente nos custos foram as despesas com pessoal (93,76%), seguido de material de consumo odontológico (2,36%). Entre os CSF pesquisados foi verificado um custo total de R\$ 312.051,75 com energia elétrica e de R\$ 83.840,84 com água, com percentual correspondente aos consultórios odontológicos de 13,5% do valor total da energia elétrica (R\$ 42.101,58) e 19,9% da água (R\$ 16.697,55). Os serviços de administração e de manutenção e limpeza, que também incidem nos serviços prestados nos consultórios odontológicos, apresentaram custos totais respectivos de R\$ 50.976,83 e R\$ 195.873,91. Deste valor total dos serviços de administração, R\$ 5.564,73 são destinados à saúde bucal e, do total dos serviços de manutenção e limpeza, R\$ 21.671,75 foram dedicados aos consultórios odontológicos. O custo médio *per capita* com serviços de saúde bucal em Fortaleza no período foi de R\$ 2,43 e o custo médio por ESB foi de R\$ 27.692,85. O custo médio por procedimento clínico-odontológico individual para o município foi de R\$ 22,47 com os custos dos serviços de saúde bucal representando um percentual de 12,3% do total de custos dos CSF de Fortaleza. A variação percentual dos custos reais com saúde bucal nos CSF e dos custos simulados por valores de mercado foi de 78%.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O.M.; BUENO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: SOUSA CAMPOS, G.W., MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; CARVALHO, Y.M. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec. 2006. p. 783 - 836.

AQUINO, R.S.; VIEIRA, F.; AGOSTINO, G.; ROEDEL, H. **Sociedade Brasileira: Uma história através dos movimentos sociais**. 4 ed. Rio de Janeiro: Record, 2005.

ARRETECH, M. A Política da Política de Saúde no Brasil. In: LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUÁREZ, J.M. (Org.). **Saúde e Democracia. História e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p: 285-304.

BEULKE, R. **Gestão de custos e resultado na saúde: hospitais, clínicas, laboratórios e congêneres**. 4 ed. São Paulo: Saraiva. 2008.

BRASIL. Constituição (1988) **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988. 168 p.

_____. Lei nº 8.080. 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**, 20 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 273/91. Norma Operacional Básica do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social: NOB-Inamps 01/91. **Diário Oficial da União**, 7 jan 1991.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 545. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 01/93. **Diário Oficial da União**, 24 maio 1993.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 01/96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. **Diário Oficial da União**, 6 nov. 1996.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Acesso e utilização de serviços de saúde 1998**: Brasil/IBGE, Departamento de Emprego e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 95. Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01. **Diário Oficial da União**, 26 jan. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 373. Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02. **Diário Oficial da União**, 28 fev. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. **Programa Nacional de Gestão de Custos: manual técnico de custos – conceitos e metodologia** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência,

Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Economia da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Dialogando sobre o Pacto pela Saúde**. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 91. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por Municípios, Estados e Distrito Federal. . **Diário Oficial da União**, 10 janeiro 2007.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/historico_cobertura_sf.php> Acesso em: Novembro 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Programa Brasil Sorridente**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/brasil_sorridente.php> Acesso em: Novembro 2010b.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 435-444, 2001.

CASTRO, J. D. **A utilização do sistema de custeio por absorção para avaliar custos da atenção básica de saúde: reformulações e aprimoramentos metodológicos**. 2000. 213 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). UNICAMP, Campinas, SP, 2000.

CHAGAS, R.A.; NUTO, S.A.S.; ANDRADE, L.O.M. Política Municipal de Saúde Bucal: da construção coletiva ao desafio de seu desenvolvimento em Fortaleza (CE). **Divulgação em Saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 42, p.35-50, abril, 2008

CHING, H. Y. **Manual de custos de instituições de saúde – sistemas tradicionais de custos e sistema de custeio baseado em atividades (ABC)**. São Paulo: Atlas, 2001.

COSTA FILHO, M.; DUNCAM, B. B.; POLANCZYK, C.A.; SÓRIA M.L.; HABEKOST, A.P.; COSTA, C.C. Análise do impacto econômico-assistencial de duas abordagens para redução de custos em um plano odontológico de autogestão. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 24, n.5, p.1071-1081, 2008.

DRUMMOND, M.F. **Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes**. 2 ed. New York: Oxford University, 1997.

SCOREL, S.; História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, L.; ESCORES, S.; LOBATO. L.V.C.; NORONHA. J.C.; CARVALHO, A.I. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008a. P; 333-384.

_____. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L.; ESCORES, S.; LOBATO. L.V.C.; NORONHA. J.C.; CARVALHO, A.I. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008b. P; 385-434.

EXTREMA POBREZA. **Diário do Nordeste Online**. Fortaleza, 6 agosto 2011. Disponível em: < <http://blogs.diariodonordeste.com.br/sertaoocentral/politica/extrema-pobreza/>>. Acesso 22 novembro 2011.

FARIAS, A. **História do Ceará: da Pré-História ao Governo Cid Gomes**. Fortaleza: Livro Técnico, 2009.

FERRAZ, M.B. **Dilemas e escolhas do sistema de saúde: economia da saúde ou saúde da economia?** São Paulo:Medbook, 2008.

FRIAS, A.C.; NARVAI, C.P.; ARAÚJO, M.E.; ZILBOVICIUS, C.; ANTUNES, J.L.F. Custo da fluoretação das águas de abastecimento público, estudo de caso – Município de São Paulo, Brasil, período de 1985-2003. **Cadernos Saúde Pública** vol.22, n.6, p. 1237-1246, 2006.

FERREIRA, C.A., LOUREIRO, C.A. Economia em saúde com foco em saúde bucal: revisão de literatura. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília-DF, vol. 15, p. 55-64, 2006.

_____. Custos para implantação e operação de serviço de saúde bucal na perspectiva do serviço e da sociedade. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.24, n.9, p. 2071-2080, 2008.

_____. Razão de custo-efetividade em saúde bucal na área pública sob a perspectiva do serviço e da sociedade. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, vol. 58, n. 3, p. 287-293, jul./set., 2010.

FERREIRA, L. A. **A utilização do custeio variável como ferramenta de gestão em hospitais privados: um estudo empírico**. In: Encontro Nacional de Engenharia de Produção, 15., 2005, Porto Alegre. Anais eletrônicos, Porto Alegre, RS, 2005. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2005> Acesso em: maio 2010.

FORTALEZA . Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2005**. Mimeo. 339p. Fortaleza, 2006.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2006**. Mimeo. 336p. Fortaleza, 2007.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Fortaleza: 2006-2009**. Mimeo. 190p. Fortaleza, 2009.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim de Saúde de Fortaleza: Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população de Fortaleza- Ce, 2006-2007**. vol. 16. 38p. Fortaleza, 2010.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento - SEPLA. **Censo Territorial 2009**. Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br/sepla/>>. Acesso 3 maio 2011.

GARONE NETTO, N.; SOBRAL, M.A.P. Avaliação da relação custo-benefício de um forramento. **Revista Brasileira de odontologia**, vol.48, n.3, p 7-14, maio/jun. 1991.

GURGEL, C. **Doenças e curas: o Brasil nos primeiros séculos**. 1 ed. São Paulo: Contexto, 2010.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. 1ª ed. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/Fiocruz, 2008.

IBGE. **Censo Demográfico 2000 - Resultados**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 20 maio 2011.

IBGE. **Censo Demográfico 2010 - Resultados do universo**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 20 maio 2011.

LIMA, N.T.; FONSECA, C.M.O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUÁREZ, J.M. (Org.). **Saúde e Democracia. História e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p: 27-58.

LONGO, E.; SILVA, C.T.B.; LÓTICI, K.M.; SAGGIN, R. **Custos das internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde do hospital Cristo Redentor, baseado no método de custeio por atividade (ABC)**. In: Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, 4., 2008, Rio de Janeiro. Anais eletrônicos, Rio de Janeiro, RJ, 2008 Disponível em: <http://www.aedb.br/seget/artigos2008>. Acesso em: maio 2010.

MARTINS, E. **Contabilidade de Custos**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MATOS, A.J. **Gestão de Custos Hospitalares: técnicas, análise e tomada de decisão**. São Paulo: STS, 2005.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MIRANDA, G. J.; CARVALHO, C.E.; MARTINS, V.F.; FARIA, A.F. Custeio ABC no ambiente hospitalar: um estudo nos hospitais universitários e de ensino brasileiros. **Revista de Contabilidade Financeira**, São Paulo, n. 44, p. 33 – 43, maio/agosto, 2007.

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

PAIM, J.S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

_____. **O Que é o SUS?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PIMENTA, T.S. Terapeutas populares e instituições médicas na primeira metade do século XIX. In: CHALHOUB, S.; MARQUES, V.R.B.; SAMPAIO, G.; SOBRINHO, C.R.G. (Org.). **Artes e ofícios de curar no Brasil**. 1 ed. Campinas, SP; Unicamp, 2003.

PUCCA JR, G. A Política Nacional de Saúde Bucal como Demanda Social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.11, n.1, p. 243-246, 2006.

RAUPP, F.M.; CRISPIM, C.H.; ALMEIDA, E.S. Gestão de custos hospitalares por meio do custeio por absorção: o caso da maternidade Carmélia Dutra. **Revista de Informação Contábil**, vol. 2, n 1, p. 120-133, out./dez., 2007.

ROCHA FILHO, F.S; SILVA, M.G.C. Análise de custos com pessoal e produtividade de equipes do programa de saúde da família em Fortaleza, Ceará. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, Junho 2009.

SAÚDE BUCAL. **Diário do Nordeste Online**. Fortaleza, 27 julho 2011. Disponível em: <<http://diariodonordeste.globo.com/materia.asp?codigo=1016978>>. Acesso 10 agosto 2011.

SANTANA, E.M. **Avaliação econômica do Programa de Saúde da Família (PSF) em municípios do Estado da Bahia: um estudo de custos**. Relatório de Pesquisa. Salvador: UFBA/ISC, 2003.

SILVA, M.G.C. **Introdução à economia da saúde**. Fortaleza: UECE/Expressão, 2004.

SILVA, J.J.; CAUÁS, M. Avaliação da violência urbana e seu custo cirúrgico na vítima de trauma de face no Hospital da Restauração - Recife PE. **Revista Odontologia Clínica Científica**, vol.3, n.1, p. 49-56, jan./abr. 2004.

SOUSA , M.H.L. **Análise dos custos do Programa Saúde da Família: o caso de Crateús (Ce)**. Fortaleza, 2000. 150 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará.

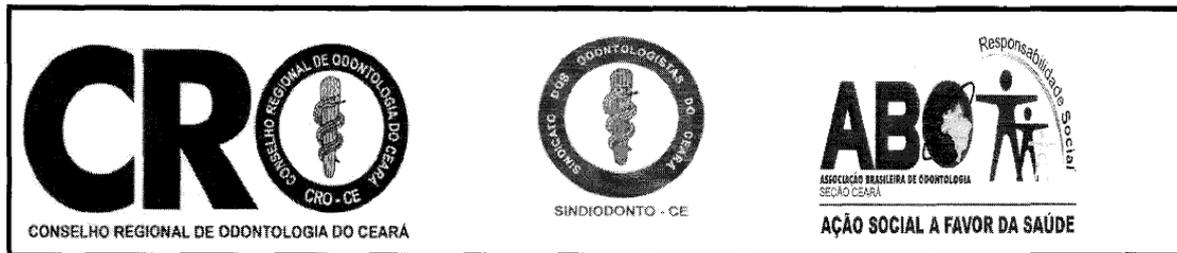
TEIXEIRA, S.M.F. Assistência Médica Previdenciária: evolução e crise de uma política social. In: FLEURY, S.; BAHIA, L; AMARANTE; P. **Saúde em debate: fundamentos da reforma sanitária**. 1 ed. Rio de Janeiro: Cebes, 2008.

WENNHALL, I.; NORLUND, A.; MATSSON, L.; TWETMAN, S. Cost-analysis of an oral health outreach program for preschool children in a low socioeconomic multicultural area in Sweden. **Swed Dent Journal**, vol.34, n. 1, p. 1-7, 2010.

ANEXOS

ANEXO I

Quadro 3 – Tabela de Valores de Referência de Procedimentos Odontológicos, 2009



VRPO – Valores Referenciais para Procedimentos Odontológicos
Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos – Comissão Estadual de Convênios e Credenciamentos

(Valores atualizados pelo INPC-IBGE 7,56% de 1º/8/2007 à 30/7/2008 publicado dia 18/08/2008)

CATEGORIA DE SERVIÇOS	CÓDIGO	
0 – Diagnóstico	100 - 490	
1 - Prevenção	500 - 590	
2 – Odontopediatria	600 – 890	
3 – Dentística	900 – 1990	
4 – Endodontia	2000 - 2990	
5 – Periodontia	3000 – 3990	
6 – Prótese	4000 - 4990	
7 – Cirurgia	5000 - 5990	
8 – Ortodontia	6000 - 6990	
9 - Radiologia	200 - 390	
CRO-DF		
100 - 490 DIAGNÓSTICO CR-DF		R\$
100 – 190 Exame Clínico		
110 Consulta Inicial: Exame clínico e plano de tratamento	0151-97..	68,40
120 Urgência: Noturna, sábado, domingo ou feriados	0288-73..	129,95
130 Avaliação Técnica: Perícia inicial ou final	0112-55..	50,65
140 Falta a Consulta	0122-33..	55,06
OBS: Urgência Noturna = dias úteis de 22:00 hs às 06:00 hs		
200 - 390 RADIOLOGIA		
210 Periapical	0025-97..	11,89
220 Interproximal (Bite-Wing)	0025-97..	11,69
230 Oclusal	0058-18..	26,19
240 Rx Postero-Anterior	0128-06..	57,64
250 Rx da ATM Série Completa (três incidências)	0244-94..	110,24
260 Panorâmica	0116-28..	52,33
270 Telerradiografia Com Traçado Computadorizado	0155-55..	70,01
280 Telerradiografia Sem Traçado Computadorizado	0128-00..	57,61
290 Rx da Mão (Carpal)	0139-21..	62,66
300 Modelos Ortodônticos (par)	00135-5..	60,99
310 Slides (unidade)	0024-58..	11,06
320 Fotografia (unidade)	0024-03..	10,82
400 - 490 TESTES E EXAMES DE LABORATÓRIO		
410 Teste de Risco de Cárie, pH, Capac. Tampão ou Fluxo Saliv.	0096-67..	43,51
OBS: Valor individual para cada tipo de teste		
500 - 590 PREVENÇÃO		
510 Profilaxia: Polimento coronário (quatro hemiarçadas)	0140-88..	63,41
520 Orientação de Higiene Bucal	0100-00..	45,01
530 Aplicação Tópica de Flúor (excluindo profilaxia)	0080-43..	36,20
540 Controle de Placa Bacteriana (por sessão)	0079-79..	35,91
550 Trat. de Gengivite – Terapêutica básica (2 hemiarçadas)	0184-55..	83,06
OBS: Procedimento realizado pelo clínico geral e todas as áreas de especialidades		
600 - 890 ODONTOPEDIATRIA		
610 Aplicação Tópica de Flúor-Vermiz (4 hemiarçadas)	0085-84..	38,54
620 Aplicação de Selante (por elemento)	0088-91..	40,02
630 Aplicação de Selante-Técnica Invasiva (por elemento)	0104-18..	46,89
640 Aplicação de Cariostático-1 sessão (4 hemiarçadas)	0081-40..	36,63
650 Remineralização - Fluoterapia (quatro sessões)	0080-79..	36,36
660 Adequação do Meio Bucal c/ Ionômero de Vidro (por hemiarçada) ..	0163-76..	73,70
670 Adequação do Meio Bucal Com IRM (por hemiarçada)	0163-36..	73,53
680 Restauração de Ionômero de Vidro (1 face)	0146-60..	65,98
690 Restauração Preventiva (ionômero + selant	0148-94..	67,03
700 Coroa de Aço	0310-00..	139,53
710 Pulpotomia	0193-76..	87,21
720 Tratamento Endodôntico em Decíduos	0353-76..	159,22
730 Exodontia de Dentes Decíduos	0111-03..	49,97
740 Mantenedor de Espaço	0516-67..	232,54
750 Placa de Mordida	0431-82..	194,35
760 Plano Inclinado	0437-45..	196,89
770 Condicionamento em Odontopediatria (por sessão, máximo 2) ..	0117-15..	52,73
780 Ulotomia	0180-46..	81,22
790 Ulectomia	0194-03..	87,33
800 Restauração Temporária	0114-67..	51,61
OBS: A Remineralização (fluoterapia) será realizada de acordo com a avaliação do risco de cárie, do paciente. Em média 4 sessões de flúor.		
900 - 1990 DENTÍSTICA		
910 Restauração de Amálgama - 1 face	0130-06..	58,54
920 Restauração de Amálgama - 2 faces	0163-42..	73,55
930 Restauração de Amálgama - 3 faces	0191-88..	86,36
940 Restauração de Amálgama - 4 faces	0235-00..	105,77
950 Restauração de Amálgama Pin	0248-61..	111,89
960 Rest. Resina Fotopolimerizável-Clas I, V ou VI	0157-00..	70,66
970 Rest. Resina Fotopolimerizável - Clas III	0165-52..	74,50
980 Rest. Resina Fotopolimerizável - Clas II ou IV	0234-91..	105,73
990 Faceta em Resina	0262-36..	118,08
1000 Núcleo de Preench. em Ionômero de Vidro	0157-61..	70,94
1010 Núcleo de Preench. Res. Fotopolimerizável	0199-73..	89,89
1020 Núcleo de Preenchimento em Amálgama	0200-27..	90,14
1030 Ajuste Oclusal (por sessão)	0159-18..	71,64
1040 Retentor Intrarradicular	0423-46..	190,59
1050 Clareamento de Dente Vitalizado	0101-12..	45,51
1060 Restauração inlay e onlay (Artglass/Solidex)	1055-00..	474,84
1070 Clareamento dental com moldeira de uso caseiro para dentes vitalizados e desvitaliz. por arcada	0664-61..	299,13
1080 Restauração Metálica Fundida	0542-94..	244,37
1090 Restauração Temporária	0114-67..	51,61
1100 Clareamento dental em consultório - Técnica com peróxido de carbamida 35% por dente	0469-79..	211,44
1110 Restauração Inlay e Onlay de Porcelana	1091-36..	491,20
2000 - 2990 ENDODONTIA		
2010 Tratamento Endodôntico de Incisivo / Canino	0467-71..	210,28
2020 Tratamento Endodôntico de Pré-Molar	0554-79..	249,70
2030 Tratamento Endodôntico de Molar	0898-91..	404,58
2040 Retratamento Endodôntico de Incisivo/Canino	0504-03..	226,85
2050 Retratamento Endodôntico de Pré-Molar	0692-42..	311,65
2060 Retratamento Endodôntico de Molar	1174-09..	528,44
2070 Tratamento de Perfuração	0322-36..	145,09
2080 Remoção de Núcleo Intrarradicular (p/ elem.)	0283-30..	127,51
2090 Capeamento Pulpal (excluindo restaur. final)	0170-12..	76,57
2100 Pulpotomia	0196-36..	88,38
2110 Clareamento dental em consultório - Técnica com peróxido de carbamida 35% por dente	0469-79..	211,44
2120 Preparo Para Núcleo Intrarradicular	0129-00..	58,06
2130 Trat. Dentes c/ Rizogênese Incompleta (por sessão)	0193-46..	87,07
2140 Urgência Endo.-Pulpect. (indep. da seq. do tratamento)	0205-00..	92,48
2150 Apicetomia de Caninos ou incisivos	0438-50..	197,35
2160 Apicetomia de Caninos ou incisivos c/ obturação retrog.	0502-50..	226,16
2170 Apicetomia de pré-molares	0519-82..	233,96
2180 Apicetomia de pré-molares c/ obturação retrógrada	0586-52..	263,98
2190 Apicetomia de Molares	0601-36..	270,66
2200 Apicetomia de Molares c/ obturação retrógrada	0668-06..	300,68
2210 Remoção de Corpo Estranho Intracanal p/ Conduto	0221-94..	99,89
2220 Curativo de Demora	0254-40..	114,50
2230 Reembasamento Provisório	0086-33..	38,86
2240 Restauração Temporária	0114-67..	51,61
3000 - 3990 PERIODONTIA		
3010 Trat. Não Cirúrg. Periodont e Leve (p/ Seg.) Baixo Risco	0166-55..	74,96
3020 Trat. Não Cirúrg. Periodontite Moder. (p/ seg.) Méd. Risco	0193-73..	87,19
3030 Trat. Não Cirúrg. Periodontite Grave (p/Seg.) Alto Risco	0224-94..	101,24
3040 Tratamento de Processo Agudo (p/ sessão)	0198-88..	89,51

3050 Controle de Placa Bacteriana (por sessão).....	0079-79.....	35,91
3060 Dessensibilização Dentária (por segmento).....	0101-21.....	45,55
3070 Imobiliz. Dentár. c/Res. Fotopolimerizável (3 dent.).....	0276-21.....	124,32
3080 Ajuste Oclusal (por sessão).....	0159-18.....	71,64
3090 Remoção de Fatores de Retenção.....	0155-33.....	69,91
3100 Placa de Mordida Miorrelaxante.....	0438-46.....	197,34
3110 Proervação Pré-Cirúrgica (por segmento).....	0152-58.....	68,67
3120 Gengivectomia (por segmento).....	0347-18.....	156,26
3130 Cirurgia Retalho (por segmento).....	0371-46.....	167,18
3140 Sepultamento Radicular (por raiz).....	0367-36.....	165,34
3150 Cunha Distal (p/ elemento).....	0344-21.....	154,92
3160 Extensão de Vestíbulo (por segmento).....	0382-06.....	171,96
3170 Enxerto Pediculado (por elemento).....	0366-10.....	164,77
3180 Enxerto Livre (por elemento).....	0434-06.....	195,36
3190 Enxerto conjuntivo subepitelial (p/ elemento).....	0434-85.....	195,72
3200 Frenectomia ou Bridectomia.....	0312-40.....	140,60
3210 Oclonot-Seção (por elemento).....	0354-27.....	159,45
3220 Amput. Radicular s/ Obturação Retrogada por raiz.....	0443-88.....	199,78
3230 Amput. Radicular c/ Obturaç. Retrogada - por raiz.....	0508-46.....	228,85
3240 Manutenção do Tratamento Cirúrgico.....	0159-21.....	71,66
3250 Trat. Períod. de Manut. p/ Periodontite Leve 6 em 6 meses.....	0395-33.....	177,93
3260 Trat. Períod. de Manut. p/ Periodontite Moderada 4 em 4 m.....	0395-33.....	177,93
3270 Trat. Períod. de Manut. p/ Periodontite Grave 2 e 2 meses.....	0395-33.....	177,93
3280 Aumento de Coroa Clínica (p/ elemento).....	0358-27.....	161,25
3290 Trat. Regenerativo com uso de Barreira.....	1102-88.....	496,38
3300 Trat. Regenerativo com enxerto de osso autógeno.....	0708-94.....	319,08
3310 Trat. Regenerativo com materiais enxertantes.....	1057-71.....	476,05
3320 Manut. do Trat. Cirúrg. Relacionada a Procedimento Regenerativo (p/ sessão).....	0159-21.....	71,66
3330 Restauração Temporária.....	0114-67.....	51,61
3340 Diagnóstico da Halitose.....	0538-64.....	242,43
3350 Tratamento da Halitose.....	1732-15.....	779,61
OBS: Item 3010 – Bolsas de até 4mm. / Item 3020 - Bolsas acima de 4 mm até 6 mm		
Item 3030 – Bolsas acima de 6mm. / Cada Arcada Tem Três Segmentos.		
4000 – 4990 PRÓTESE		
4010 Planejamento em Prótese (mod. de estudo-par, montagem em articulador semi-ajustável).....	0210-76.....	94,86
4020 Enceramento de Diagnóstico (por elemento).....	0228-94.....	103,04
4030 Ajuste Oclusal (por sessão).....	0159-18.....	71,64
4040 Restauração Metálica Fundida.....	0542-94.....	244,37
4050 Restauração Inlay e Onlay de Porcelana.....	1091-36.....	491,20
4060 Remoção de Restaurações Metálicas ou Coroas.....	0097-55.....	43,90
4070 Recolocação de Restauração Metálica Fundida ou Coroas.....	0125-36.....	56,42
4080 Núcleo Metálico Fundido.....	0381-58.....	171,74
4090 Coroa Provisória.....	0213-55.....	96,11
4100 Coroa Provisória Prensada em Resina.....	0438-06.....	197,16
4110 Reembasamento Provisório.....	0086-33.....	36,86
4120 Coroa de Jaqueta Acrílica.....	0534-51.....	240,58
4130 Coroa de Jaqueta de Cerâmica Pura.....	1257-85.....	566,13
4140 Coroa Metal Cerâmica.....	1109-71.....	499,45
4150 Coroa de Veneer.....	0900-64.....	405,36
4160 Coroa Total Metálica.....	0624-70.....	281,16
4170 Coroa 3/4 ou 4/5.....	0624-97.....	281,29
4180 Facetas Laminadas de Porcelana.....	1093-70.....	492,25
4190 Prótese Fixa em Metal Cerâmica (por elemento).....	1492-01.....	671,52
4200 Prótese Fixa em Metal Plástica (por elemento).....	1136-88.....	511,69
4210 Prótese Fixa Adesiva Direta (p/ elemento).....	0469-79.....	211,44
4220 Prótese Fixa Adesiva Indireta em Metal Cerâmica (3 elem.).....	2002-64.....	901,35
4230 Prótese Fixa Adesiva Indireta em Metal Plástica (3 elem.).....	1431-66.....	644,37
4240 Prót. Parcial Removível Provisór. em Acril. C/ ou S/ Grampos.....	1059-40.....	476,81
4250 Prótese Parcial Removível Com Grampos Bilateral.....	1861-46.....	837,80
4260 Prótese Parcial Removível Para Encaixes.....	2509-79.....	1.129,61
4270 Encaixe Fêmea (por elemento).....	1069-79.....	481,49
4280 Encaixe Macho (por elemento).....	1069-79.....	481,49
4290 Reembasamento de Prótese Total ou Parcial.....	0549-00.....	247,09
4300 Prótese Total.....	2381-85.....	1.072,02
4310 Prótese Total Caracterizada.....	2984-97.....	1.343,48
4320 Prótese Total Imediata.....	1530-85.....	689,01
4330 Casquete de Moldagem.....	0176-88.....	79,61
4340 Ponto de Solda.....	0374-67.....	168,63
4350 Guia Cirúrgico Para Prótese Imediata.....	0533-58.....	240,15
4360 Placa de Mordida Miorrelaxante e/ou Protetor Buca.....	0417-24.....	187,79
4370 Jig ou Front-Platô.....	0208-88.....	94,01
4380 Conserto em Prótese Total / Parcial.....	0315-00.....	141,78
4390 Reparo ou Substituição de Dentes em Prótese Total ou Parcial.....	0152-58.....	68,67
4400 Clareamento dental em consultório - Técnica com peróxido de carbamida a 35% por dente.....	0469-79.....	211,44
4410 Clareamento dental com moldeira de uso caseiro - para dentes vitalizados e desvitalizados (por arcada).....	0664-61.....	299,13
4420 Restauração inlay e onlay (Artglass/Solidex).....	1055-00.....	474,84
4430 Restauração Livre de Metal.....	1317-67.....	593,06
4440 Restauração Temporária.....	0114-67.....	51,61
5000 – 5990 CIRURGIA		
5010 Exodontia (por elemento).....	0191-79.....	86,32
5020 Exodontia a Retalho.....	0248-12.....	111,67
5030 Exodontia (raiz residual).....	0194-82.....	87,68
5040 Alveoloplastia (por segmento).....	0262-97.....	118,36
5050 Ulotomia.....	0175-76.....	79,11
5060 Biópsia.....	0266-10.....	119,76
5070 Sulcoplastia (por elemento).....	0290-15.....	130,59
5080 Cirurgia Para Torus Palatino.....	0343-36.....	154,54
5090 Cirurgia Para Torus Mandibular - Unilateral.....	0275-40.....	123,95
5100 Cirurgia Para Torus Mandibular - Bilateral.....	0416-67.....	187,53
5110 Apicetomia de Caninos ou Incisivos.....	0438-50.....	197,35
5120 Apicetomia de Caninos ou Incisivos-Com obturação retrógrada.....	0502-50.....	226,16
5130 Apicetomia de Pré-Molares.....	0519-82.....	233,96
5140 Apicetomia de Pré-Molares - Com obturação retrógrada.....	0586-52.....	263,98
5150 Apicetomia de Molares.....	0601-37.....	270,66
5160 Apicetomia de Molares - Com obturação retrógrada.....	0668-06.....	300,68
5170 Frenectomia ou Bridectomia.....	0312-40.....	140,60
5180 Remoção de Dentes Inclusos ou Impactados.....	0465-67.....	209,59
5190 Cirurgia de Tumores Intra-Osseos.....	0466-40.....	209,91
5200 Tratamento de Lesão Cística (enucleação).....	0520-03.....	234,06
5210 Trat. de Lesão Cística (marzipalização e enucleação final).....	0601-58.....	270,76
5220 Remoção de Corpo Estranho no Seio Maxilar.....	0574-40.....	258,52
5230 Trat. Cirúrgico de Fistula Buco-Sinusal / Buco-nasal c/ Retalho.....	0465-67.....	209,59
5240 Excisão de Glândula Sublingual.....	1051-24.....	473,14
5250 Excisão de Glândula Submandibular.....	1051-24.....	473,14
5260 Excisão de Glândula Parótida.....	1703-61.....	766,76
5270 Excisão de Rânula.....	1132-80.....	509,85
5280 Excisão de Tumor de Glândula Salivar.....	1051-24.....	473,14
5290 Retirada de Cálculo Salivar.....	0426-06.....	191,76
5300 Excisão de Mucocoele de Desenvolvimento.....	0290-15.....	130,59
5310 Drenagem de Abscesso.....	0157-00.....	70,66
5320 Ulectomia.....	0194-03.....	87,33
5330 Sinusotomia.....	0480-00.....	216,04
5340 Plástico do Canal de Stenon.....	0890-91.....	400,98
5350 Palentolabioplastia Bilateral.....	1074-18.....	483,47
5360 Tratamento Cirúrgico do Lábio Leporino.....	0836-36.....	376,43
5370 Reconstr. Parcial do Lábio Traumatizado.....	0836-36.....	376,43
5380 Reconstr. Total de Lábio Traumatizado.....	1200-00.....	540,10
5390 Redução Cirúrgica de Luxação de ATM.....	0818-18.....	368,25
5400 Trat. Cirúrg.p/Anquilose de ATM (por lado).....	1363-64.....	613,75
5410 Trat. Cirúrg.p/Osteomielite dos Ossos Face.....	1018-18.....	458,26
5420 Excisão de Sutura de Lesão da Boca c/ Rot. de Retalho.....	1109-09.....	499,18
5430 Sutures Simples de Face.....	0181-82.....	81,83
5440 Sutures Múltiplas de Face.....	0276-36.....	124,39
5450 Maxilectomia c/ ou s/ Esvaziamento Orbitário.....	1090-91.....	491,00
5460 Osteotomia/Osteoplastia de Mandíb.p/ Prognatismo.....	1893-94.....	852,43
5470 Osteotomia/Osteoplastia de Mandíb.p/Micrognatismo.....	1893-94.....	852,43
5480 Osteotomia/Osteoplastia de Mandíb.p/Laterognatismo.....	1893-94.....	852,43
5490 Osteotomia e Osteoplastia de Maxila Tipo Le Fort I.....	1363-64.....	613,75
5500 Osteotomia e Osteoplastia de Maxila Tipo Le Fort II.....	1954-55.....	879,70
5510 Osteotomia e Osteoplastia de Maxila Tipo Le Fort III.....	2318-18.....	1.043,37
5520 Reconstr. Total de Mandíb.c/Enxerto Ósseo/Prótese.....	2818-18.....	1.268,41
5530 Reconstr.Parcial de Mandíb.c/Enxerto Ósseo/Prótese.....	1772-73.....	797,87
5540 Reconstrução de Sulco Gengivo-Labial.....	0378-18.....	170,21
5550 Excisão em Cunha de Lábio e Sutura.....	0386-36.....	173,89
5560 Cirurgia de Hipertrofia do Lábio.....	0654-55.....	294,60
5570 Cirurgia Para Microstomia.....	1090-91.....	491,00

5580	Redução de Fratura de Ossos Próprios do Nariz.....	1090-91.....	491,00
5590	Redução Incruenta de Fratura Unilateral de Mandíbula..	0509-09.....	229,13
5600	Redução Cruenta de Fratura Unilateral de Mandíbula....	1181-82.....	531,91
5610	Redução Incruenta de Fratura Bilateral de Mandíbula.....	0618-18.....	278,23
5620	Redução Cruenta de Fratura Bilateral de Mandíbula.....	1954-55.....	879,70
5630	Redução Cruenta de Fratura Cominutiva de Mandíbula....	1742-42...	784,23
5640	Redução de Fratura de Côndilo Mandibular.....	1127-27.....	507,36
5650	Fraturas Alvéolo-Dentárias - Redução cruenta.....	0327-27.....	147,30
5660	Fraturas Alvéolo-Dentárias - Redução Incruenta.....	0181-82.....	81,83
5670	Reimplante de Dente (por elemento).....	0290-91.....	130,93
5680	Redução Incruenta de Fratura Le Fort I.....	0881-82.....	396,89
5690	Redução Incruenta de Fratura Le Fort II.....	0881-82.....	396,89
5700	Redução Incruenta de Fratura Le Fort III.....	1018-18.....	458,26
5710	Redução Cruenta de Fratura Le Fort I.....	1363-64.....	613,75
5720	Redução Cruenta de Fratura Le Fort II.....	1893-94.....	852,43
5730	Redução Cruenta de Fratura Le Fort III.....	1893-94.....	852,43
5740	Fraturas Complexas do Segmento Fixo da Face.....	1018-18.....	458,26
5750	Frat. Complexas do Seg.da Face c/Fixação Pericraniana.....	2818-18..	1.268,4
5760	Frat. do Arco Zigomático-Redução cirúrg. sem fixação.....	0836-36...	376,43
5770	Frat. de Osso Zigomático-Redução cirúrg. e fixação.....	1090-91...	491,00
5780	Osteoplastia Zigomático - Maxilar.....	1093-94.....	492,36
5790	Retirada de Fios Intra ou Trans-Ósseo.....	0109-09.....	49,10
5800	Retirada de Bloqueio Maxilo-Mandibular.....	0101-82.....	45,83
5810	Retirada de Ancoragem e Cerclagens.....	0101-82.....	45,83
5820	Cirurgia de Cisto.....	0269-09.....	121,11
5830	Artroplastia p/ Luxação Rescivante da ATM.....	1863-64.....	838,7
5840	Ressecção parcial da mandíbula.....	1272-73.....	572,83
5850	Ressecção parcial da mand. C/ enxerto ósseo.....	1545-45.....	695,58
5860	Hemimandibulectomia.....	1454-55.....	654,6
5870	Hemimandibulectomia c/ colocação de prótes.....	1772-73.....	797,87
5880	Hemimandibulectomia c/ enxerto ósseo.....	1954-55.....	879,70
5890	Mandibulectomia c/Reconst. a Custa de osteomiocutâneo.....	2318-18..	1.043,37
5900	Mandibulectomia c/Reconstrução Microcirúrgica.....	2818-18...	1.268,41
5910	Osteoplastias de Etmóido-Orbitárias.....	2136-36.....	961,54
5920	Osteoplastias da Mandíbula.....	1954-55.....	879,70
5930	Osteoplastias da Órbita.....	2318-18.....	1.043,37
5940	Ressecção do Meso Infra-Estrutura do Max. Superio.....	1154-55.....	519,64
5950	Ressecção Total de Maxila incl. Exenteração de Órbita....	2045-45...	920,62
5960	Ressecção do Max. Sup. e Reconst. À custa de Retalhos.....	2454-55....	1.104,74
OBS: Os itens de 5330 à 5960 foram reproduzidos da tabela da Associação Médica Brasileira - AMB			

6000 – 6990 ORTODONTIA

6010	Aparelho Ordotônico Fixo (metálico) - I arcada.....	0912-06.....	410,50
6020	Aparelho Ordotont. Fixo Estético (poli-carboxilato)-I arcada..	1436-03.....	646,33
6030	Manutenção de Aparelho Ortodôntico.....	0294-79.....	132,68
6040	Placa Lábio-ativa.....	0470-49.....	211,76
6050	Aparelho Extra-bucal.....	0612-76.....	275,79
6060	Arco Lingual.....	0537-79.....	242,05
6070	Botão de Nance.....	0558-00.....	251,60
6080	Barra Transpalatina Fixa.....	0552-94.....	248,87
6090	Barra Transpalatina Removível.....	0337-12.....	151,73
6100	Quadrilhíce.....	0559-00.....	251,60
6110	Grade Palatina Fixa.....	0558-76.....	251,49
6120	Pendulum de Hilgers com mola de TMA.....	0630-73.....	283,88
6130	Pendex de Hilgers com mola de TMA.....	0694-36.....	312,52
6140	Distalizador de molar, tipo Jones Jig.....	0623-46.....	280,60
6150	Herbst Encapsulado.....	0937-37.....	421,8
6160	Máscara Facial - Delaire, Tração Reversa (Sem o Disjuntor).....	0517-94.....	233,11
6170	Mentoneira.....	0282-55.....	127,17
6180	Disjuntor Palatino tipo Haas, Hyrax.....	0640-58.....	288,31
6190	Disjuntor Palatino tipo McNamara, Faltin.....	0548-42.....	246,84
6200	Frankel.....	0721-18.....	324,59
6210	Bimler.....	0721-18.....	324,59
6220	Planas.....	0721-18.....	324,59
6230	Aparelho Removível com alça de Bionator invertida.....	0709-06.....	319,13
6240	Aparelho Removível com alça de Eschele.....	0721-18.....	324,59
6250	Bionator de Balters.....	0678-76.....	305,50
6260	Placa Dupla de Sanders.....	0709-06.....	319,1
6270	Aparelho de Thurow.....	0654-91.....	294,76
6280	Placa de Hawley.....	0326-67.....	147,03
6290	Placa de Hawley com tomo expensor.....	0387-27.....	174,30
6300	Grade Palatina Removível.....	0369-09.....	166,12
6310	Planejamento em ortodontia.....	0550-51.....	247,78

ANEXO II

Termo de Fiel Depositário



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA

Rua do Rosário, 283, Sala 408. Centro. Fortaleza - Ce. (85) 3131 1694.



Ilmo(a). Coordenador (a) do Distrito de Saúde / Atenção Básica / Assessora Técnica da Educação Permanente da SER II.

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da pesquisa intitulada: "ANÁLISE DE CUSTOS COM SAÚDE BUCAL NOS CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE FORTALEZA - CEARÁ".

Seguem algumas informações sobre o estudo: O pesquisador **RICARDO JORGE SANTOS**, aluno do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

- A cópia do projeto, a ser entregue ao Distrito de Saúde para análise, deverá ser providenciado pelo pesquisador.
- A pesquisa será realizada no **CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA SER II**.
- A coleta de dados ocorrerá durante os meses de **MAIO A JULHO**.
- O pesquisador deverá apresentar após a defesa os resultados do estudo para o Sistema Municipal de Saúde Escola/Distrito de Saúde da **SER II** - oral e impresso.

Comunicamos ainda que o SMSE emitiu parecer favorável, conforme a competência de sua Coordenação.

Fortaleza, 09 de fevereiro de 2011.

.....*Ana Paula*.....

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola

1) Ciente, 11/10/2011;
2) Encaminhe-se à CAB para conhecimento e divulgação junto aos CESAF(s) desta SER.

A. Siqueira
Maydeê Drogó de Siqueira Petronio
Chefe do Distrito de Saúde
SER II

1) ciente, 11/10/2011;
2) Encaminhe-se aos CESAF(s) para conhecimento e viabilizar a realização da pesquisa supracitada.

Ana Raquel Araújo Fernandes
Gerente de Saúde
AR
SER II

ANEXO III

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Governo do Estado do Ceará
Fundação Universidade Estadual do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UECE
 Av. Paranjana, 1700 - Campus do Itaperi
 CEP 60.740-000 - Fortaleza-Ce
 Fone: (085) 3101.9890 - E-mail: cep@uece.br



Fortaleza (CE), 21 de março de 2011.

IDENTIFICAÇÃO

Título: “Análise de Custos com Saúde Bucal nos Centros de Saúde da Família de Fortaleza”.

Folha de rosto: 400237

Processo Nº: 10725719-0

Pesquisador responsável: Ricardo Jorge Santos

Instituição responsável: UECE

Área temática: Saúde da Família

Orientador: Marcelo Gurgel Carlos da Silva

RESUMO

A alocação de recursos em saúde tem sido motivo de grande preocupação por causa da desproporção entre estes recursos e a infinitas necessidades de saúde da população. A avaliação econômica, custos e efeitos não têm sido abordados com a necessária intensidade, sendo uma lacuna a ser preenchida. O presente estudo pretende realizar uma análise econômica das ações em saúde bucal na atenção primária de Fortaleza – CE, buscando responder às seguintes indagações: Quanto é o custo com saúde bucal na atenção de Fortaleza – Ce? Qual é o custo com saúde bucal na atenção de Fortaleza? Qual o gasto, dentro de um Centro de Saúde da Família, de uma Equipe de Saúde Bucal? Qual a eficiência das Equipes de Saúde Bucal no município? É possível desenvolver sistemas de custos em saúde bucal nos Centros de Saúde da Família de Fortaleza? O objetivo geral é analisar os custos com saúde bucal na atenção primária de Fortaleza – CE. Objetivos específicos: descrever os gastos com saúde bucal nos Centros de Saúde da Atenção da Família do município; verificar a eficiência das Equipes de Saúde Bucal do município e desenvolver sistemas de custeio em saúde bucal em Centros de Saúde da Família de Fortaleza. Trata-se de um estudo documental com tratamento quantitativo dos dados, utilizando o método de análise por absorção. A coleta de dados está prevista para o mês de maio deste ano, após aprovação do Comitê de ética em Pesquisa da UECE e encaminhamento deste à Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, ao Sistema Municipal Saúde-Escola, ao Setor de Educação Permanente. Após o consentimento pela Secretaria Municipal de Saúde, será necessário ainda, o consentimento das Secretarias Regionais, a partir de um ofício encaminhado à coordenação da célula de atenção básica da cada uma das seis regionais. Os centros de saúde que participarão desta pesquisa foram definidos como aqueles que, em seu domínio, ocorreram a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010, promovida pelo Ministério da Saúde no primeiro semestre de 2010. A pesquisa envolveu 177 municípios, dentre eles Fortaleza, nas cinco regiões do País e possibilitou a manutenção de dados atualizada, oferecendo subsídios ao planejamento das políticas de saúde bucal em todo o Brasil. Dos 22 bairros inseridos na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de Fortaleza, foi sorteado 01 de cada regional. O trabalho é pertinente, a metodologia é adequada aos objetivos propostos; não há grau de vulnerabilidade dos sujeitos; nem riscos; a pesquisa terá custo de R\$ 3.155,00 e será patrocinada pelo pesquisador; poderá trazer benefícios evidentes à comunidade.

PARECER

O projeto está bem estruturado e é relevante podendo haver retorno para a comunidade. O projeto atende aos ditames da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e, portanto, está aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará – CEP-UECE.

O relatório final deverá ser apresentado ao CEP

Diana Célia Sousa Nunes Pinheiro
 Profa. Dra. Diana Célia Sousa Nunes Pinheiro

Coordenadora do CEP/UECE

