

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ  
CAMPUS DE FOZ DO IGUAÇU  
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE  
FRONTEIRA – MESTRADO**

**SANDRA PALMEIRA MELO GOMES**

**Atenção à saúde bucal de estrangeiros e brasileiros que residem nos países de  
fronteira com o município de Foz do Iguaçu, Paraná: demanda e impacto financeiro**

**FOZ DO IGUAÇU  
2018**

**SANDRA PALMEIRA MELO GOMES**

**Atenção à saúde bucal de estrangeiros e brasileiros que residem nos países de fronteira com o município de Foz do Iguaçu, Paraná: demanda e impacto financeiro**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira - Mestrado, do Centro de Educação Letras e Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira

ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Dra. Manoela de Carvalho

COORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Dra. Mariângela Monteiro de Melo Baltazar

**Foz do Iguaçu  
2018**

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Gomes, Sandra Palmeira Melo

Atenção à saúde bucal de estrangeiros e brasileiros que residem nos países de fronteira com o município de Foz do Iguaçu, Paraná: demanda e impacto financeiro / Sandra Palmeira Melo Gomes; orientador(a), Manoela De Carvalho; coorientador(a), Mariângela Monteiro de Melo Baltazar, 2018.

110 f.

Dissertação (mestrado), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Foz do Iguaçu, Centro de Educação, Letras e Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, 2018.

1. Saúde Bucal. 2. Saúde na Fronteira. 3. Política de Saúde Bucal. 4. Financiamento. I. De Carvalho, Manoela. II. Monteiro de Melo Baltazar, Mariângela . III. Título.

GOMES, S.P.M., Atenção à saúde bucal de estrangeiros e brasileiros que residem nos países de fronteira com o município de Foz do Iguaçu, Paraná: demanda e impacto financeiro. 110 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: (Dra. Manoela de Carvalho). Foz do Iguaçu, 2018. SANDRA PALMEIRA MELO GOMES.

Aprovado em 09/03/2018

**BANCA EXAMINADORA**

*Manoela de Carvalho*

---

**Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Manoela de Carvalho (Orientadora)**  
**Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste**

*Oscar Nihei*

---

**Prof. Dr. Oscar Kenji Nihei**  
**Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste**

*A. P. Tiano*

---

**Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Ana Valéria Pagliari Tiano**  
**Centro Universitário União Dinâmica Cataratas- UDC**

*Ao meu pai João José de Mello (in memorian), pela eterna e forte presença, por sempre ter me passado o valor e a importância do conhecimento.*

*À minha amada mãe Aurelina Palmeira de Mello, meu melhor exemplo de luta. Minha grande educadora e inspiradora. Mesmo tão distante de mim, a cada “ligação” sempre me fez acreditar que daria certo. E deu mesmo mamãe. Obrigada sempre! Gratidão a Deus por você presenciar essa conquista.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus em primeiro lugar por oportunizar essa experiência incrível e me permitir amadurecer em meio aos desafios. Pela força que vem só dEle e que me sustentou quando eu já não conseguia mais.

Aos docentes do programa de mestrado o meu obrigado por cada conhecimento compartilhado que ficará para sempre.

Aos professores integrantes da banca Oscar Kenji Nihei e Ana Valéria Pagliari Tiano, obrigado pelas considerações que com certeza deram a esse estudo um “brilho” diferenciado.

A minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Dra. Manoela de Carvalho que me acolheu no sentido mais amplo que se possa imaginar de forma sempre tão calorosa e paciente. Soube respeitar minhas limitações e sempre me mostrou o caminho em direção à vitória. Profe Mano, minha eterna gratidão! Quero tê-la sempre e pra sempre pertinho de mim. Você é muito, mas muito mais que uma orientadora, você é uma amiga que ganhei nesse mestrado. Meu muito obrigado!

A minha co-orientadora Prof.<sup>a</sup> Dra. Mariângela Monteiro de Melo Baltazar que teve uma importância imensurável nesse processo de construção. Com sua competência e conhecimento me fez chegar até aqui. Minha eterna gratidão profe!

Às amigas do mestrado: Débora, Fer, Ana, Cir, Fabi, Lu, Cleide, e Janaina. Vocês tornaram esse processo mais suave. Mas em especial e cheia de gratidão a Deus por você JanaFono, o melhor presente desse mestrado. #FortequeSomos. Obrigada por compartilhar angústias, alegrias e dividir cada passo rumo a essa vitória. Te amo infinito!

À minha família por sempre acreditar comigo que esse sonho seria possível. Fernando, obrigada “Bem” por dividir comigo cada momento dessa caminhada e pela paciência e companhia noites e noites na elaboração desse estudo. À Minha filha Fernanda, minha maior incentivadora nesse processo. Filha eu c-o-n-s-e-g-u-i! Obrigada por tudo que você contribuiu. Gratidão também ao meu filho Samuel pela torcida de sempre e ao meu genro Donizete por sempre atender aos meus pedidos de socorro.

À minha Família de Maceió, Astorga, Goiânia e Minas, obrigado pelo apoio.

Às colegas Rebecca Ortega, Tatiana Troglio e Nadagil obrigado pela força fundamental na coleta dos dados. Valeu mesmo! E a todos os demais que participaram junto comigo dessa imensa conquista. Ufa acabou!

GOMES, S.P.M., **Atenção à saúde bucal de estrangeiros e brasileiros que residem nos países de fronteira com o município de Foz do Iguaçu, Paraná: demanda e impacto financeiro**. 110 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Dra. Manoela de Carvalho. Foz do Iguaçu, 2018.

## RESUMO

O processo saúde-doença em regiões de fronteira assume idiossincrasias, e pode apontar fragilidades nos serviços de saúde em geral e em especial os serviços de saúde bucal. As desigualdades sociais têm destaque nestas regiões, principalmente por se tratar de lugares onde existem contradições, sejam elas sociais, culturais, jurídicas ou mesmo políticas. A região de fronteira aponta ainda para um ambiente de fluxos e interações que excedem os limites geográficos e territoriais. Embora a busca das populações de outros países por serviços de saúde seja uma realidade nos municípios de fronteira, observa-se que existem poucos estudos sobre a saúde bucal, no que diz respeito à faixa de fronteira brasileira. O estudo teve como objetivo geral analisar a demanda de estrangeiros e brasileiros residentes em países de fronteira com o município de Foz do Iguaçu-PR, para assistência de odontologia no Sistema Único de Saúde deste município. Trata-se de uma pesquisa descritiva, documental e de abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada nos meses de maio e junho de 2017, e teve como fonte primária 751 prontuários odontológicos de estrangeiros e brasileiros residentes em países vizinhos atendidos nos serviços de odontologia da Unidade Básica de Saúde Jardim América e Centro Especialidades Odontológicas no período de 2010 a 2015. Foram analisados por meio de estatística descritiva simples. O perfil do usuário foi definido como maioria de sexo feminino 64,85% predominantemente jovem com idade entre 15-19 anos, 12,12% sendo 98,67% brasileiros residentes no Paraguai. Quanto à ocupação, 76,43% dos prontuários não apresentaram essa informação, enquanto que 4,12% são “do lar”, seguido de 2,79% estudantes e 1,06% agricultor. A “queixa principal” não aparece em 74,97% dos prontuários. Entretanto 10,12% buscaram o serviço para consultas e/ou tratamentos, motivados por “dor” 7,72% e “cárie dentária” 2,26%. O tratamento restaurador 51,93% foi o procedimento mais realizado na atenção básica. A endodontia foi a especialidade mais procurada no Centro de Especialidades Odontológicas 47,77% apresentando também o maior percentual de abandono e pendência 56,78%. O Ministério da Saúde repassou R\$ 1.532.300,00 para o Centro de Especialidades Odontológicas e foram atendidos 21.691 usuários no período da pesquisa, o que corresponde ao valor per capita R\$ 70,64 ou em média R\$ 11,77 per capita/ano. Dos 247 usuários encaminhados da Unidade Básica de Saúde Jardim América para as especialidades foi gasto R\$17.448,08, o que corresponde a 1,14% do valor total do aporte federal. Barreiras burocráticas e/ou geográficas foram identificadas. A subnotificação de dados foi um dos fatores limitantes da pesquisa. Sugere-se capacitação e sensibilização dos profissionais em relação ao processo de trabalho e alimentação e uso do banco de dados, além de estudos futuros que possam somar a essa pesquisa, ampliando o conhecimento sobre a atenção a saúde bucal na tríplice fronteira. Os resultados deste estudo podem ser úteis para a gestão e, num âmbito maior contribuir para práticas e políticas de saúde bucal.

**Descritores:** Saúde Bucal; Saúde na Fronteira; Políticas de Saúde Bucal; Financiamento.

GOMES, S.P.M., **Oral health care of foreigners and Brazilians residing in the border countries with the municipality of Foz do Iguaçu, Paraná: demand and financial impact.** 110 f. Dissertation (Master in Public Health) – State University of Western Paraná. Supervisor: Dra. Manoela de Carvalho. Foz do Iguaçu, 2018.

#### ABSTRACT

The health-disease process in border regions assumes idiosyncrasies, and may point to weaknesses in health services in general and especially oral health services. Social inequalities are prominent in these regions, mainly because they are places where there are contradictions, be they social, cultural, legal or even political. The border region also points to an environment of flows and interactions that exceed geographical and territorial boundaries. Although the search of the populations of other countries for health services is a reality in the border municipalities, it is observed that there are few studies on oral health, regarding the Brazilian border range. The aim of the study was to analyze the demand of foreigners and Brazilian residents in countries bordering the city of Foz do Iguaçu-PR, for dentistry assistance in the Unified Health System of this municipality. It was a descriptive, documentary and quantitative approach. Data collection was carried out in May and June 2017, and had as its primary source 751 dental records of foreigners and Brazilian residents in neighboring countries served in the dentistry services of the Basic Health Unit of Jardim América and Dental Specialties Center in the period of 2010 to 2015. They were analyzed using simple descriptive statistics. The profile of the user was defined as the majority of females 64.85% predominantly young with age between 15-19 years, 12.12% being 98.67% Brazilian residents in Paraguay. Concerning occupation, 76.43% of the medical records did not present this information, while 4.12% were "housewife", followed by 2.79% students and 1.06% farmer. The "main complaint" does not appear in 74.97% of the medical records. However, 10.12% sought the service for consultations and/or treatments, motivated by "pain" 7.72% and "dental caries" 2.26%. The 51.93% restorative treatment was the most accomplished procedure in basic care. Endodontics was the most sought after specialty in the Dental Specialties Center, 47.77%, with the highest percentage of abandonment and pendency of 56.78%. The Ministry of Health transferred R\$ 1,532,300.00 to the Center of Dental Specialties and 21,691 users were attended in the period of the survey, which corresponds to the per capita value of R \$ 70.64 or an average of R\$ 11.77 per capita /year. Of the 247 users referred from the Basic Health Unit of Jardim América for specialties, R\$ 17,448.08 was spent, which corresponds to 1.14% of the total value of the federal contribution. Bureaucratic and/or geographical barriers were identified. Underreporting of data was one of the limiting factors of the research. It is suggested training and sensitization of professionals in relation to the work process and feeding and use of the database, as well as future studies that may add to this research, increasing knowledge about oral health care in the triple border. The results of this study may be useful for management and, in a larger context, contribute to oral health practices and policies.

Descriptors: Oral Health; Health at the Border; Oral Health Policies; Financing.

GOMES, S.P.M., **Atención a la salud bucal de extranjeros y brasileños que residen en los países de frontera con el municipio de Foz do Iguaçu, Paraná: demanda e impacto financeiro.** 110 f. Dissertación (Maestría en Salud Pública) – Universidad del Estadual del Oeste del Paraná. Líder: Dra. Manoela de Carvalho. Foz do Iguaçu, 2018.

## RESUMEN

El proceso salud-enfermedad en regiones de frontera asume idiosincrasias, y puede apuntar fragilidades en los servicios de salud en general y en especial los servicios de salud bucal. Las desigualdades sociales tienen destaque en estas regiones, principalmente por tratarse de lugares donde existen contradicciones, ya sean sociales, culturales, jurídicas o incluso políticas. La región de frontera apunta hacia un ambiente de flujos e interacciones que exceden los límites geográficos y territoriales. Aunque la búsqueda de las poblaciones de otros países por servicios de salud es una realidad en los municipios de frontera, se observa que existen pocos estudios sobre la salud bucal, en lo que se refiere a la franja de frontera brasileña. El estudio tuvo como objetivo general analizar la demanda de extranjeros y brasileños residentes en países de frontera con el municipio de Foz do Iguaçu-PR, para asistencia de odontología en el Sistema Único de Salud de este municipio. Se trata de una investigación descriptiva, documental y de abordaje cuantitativo. La recolección de datos se realizó en los meses de mayo y junio de 2017 y tuvo como fuente primaria 751 prontuarios odontológicos de extranjeros y brasileños residentes en países vecinos atendidos en los servicios de odontología de la Unidad Básica de Salud Jardim América y Centro Especialidades Odontológicas en el período de 2010 A 2015. Se analizaron por medio de estadística descriptiva simple. El perfil del usuario fue definido como mayoría de sexo femenino 64,85% predominantemente joven con edad entre 15-19 años, 12,12% siendo 98,67% brasileños residentes en Paraguay. En cuanto a la ocupación, el 76,43% de los prontuarios no presentaron esa información, mientras que el 4,12% son "del hogar", seguido del 2,79% de los estudiantes y el 1,06% agricultor. La "queja principal" no aparece en el 74,97% de los prontuarios. Sin embargo, el 10,12% buscó el servicio para consultas y / o tratamientos, motivados por "dolor" 7,72% y "caries dental" 2,26%. El tratamiento restaurador 51,93% fue el procedimiento más realizado en la atención básica. La endodoncia fue la especialidad más buscada en el Centro de Especialidades Odontológicas 47,77% presentando también el mayor porcentaje de abandono y pendiente 56,78%. El Ministerio de Salud repasó R\$1.532.300,00 para el Centro de Especialidades Odontológicas y fueron atendidos 21.691 usuarios en el período de la encuesta, lo que corresponde al valor per capita R\$70,64 o en promedio R\$ 11,77 per capita / año. De los 247 usuarios encaminados de la Unidad Básica de Salud Jardim América para las especialidades se gastó R\$17.448,08, lo que corresponde al 1,14% del valor total del aporte federal. Se identificaron barreras burocráticas y / o geográficas. La subnotificación de datos fue uno de los factores limitantes de la investigación. Se sugiere capacitación y sensibilización de los profesionales en relación al proceso de trabajo y alimentación y uso del banco de datos, además de estudios futuros que puedan sumar a esa investigación, ampliando el conocimiento sobre la atención a la salud bucal en la triple frontera. Los resultados de este estudio pueden ser útiles para la gestión y, en un marco mayor contribuir a prácticas y políticas de salud bucodental.

Descriptores: Salud Bucal; Salud en la Frontera; Políticas de Salud Bucal; Financiación.

## LISTAS DE SIGLAS

ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ACD	Atendente de Consultório Dentário
APD	Auxiliar em Prótese Dental
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CD	Cirurgião Dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
COSAB	Coordenação de Saúde Bucal
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CPO-D	Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados
CROs	Conselhos Regionais de Odontologia
DTM	Disfunções Tempororo-Mandibulares
DVSBU	Divisão de Saúde Bucal
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIPERDIA	Programa de Hipertensão e Diabetes
IAP	Institutos de Assistência e Previdência
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Assistência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPS	Instituto de Previsión Social
ITAI	Instituto de Tecnologia em Automação e Informática
LRPD	Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias
MAC	Média e Alta Complexidade
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MS	Ministério da Saúde
MSPBS	Ministério de Salud Pública y Bienestar Social
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização-Pan Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAMI	Programa de Atención Médica Integral
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PSF	Programa de Saúde da Família

SADT	Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento
SAE-DST/AIDS	Serviço de Assistência Especializada–Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SAUDEFOZ	Sistema Informatizado do Município de Foz do Iguaçu
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIA-SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS
SIS-FRONTEIRA	Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras
SIS-MERCOSUL	Sistema Integrado de Saúde do Mercosul
SMSA	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
TPD	Técnico em Prótese dentária
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distritos Sanitários do município de Foz do Iguaçu. Foz do Iguaçu, 2018. ....	48
Figura 2. Unidade de saúde de atendimento da população em estudo. Foz do Iguaçu, 2018. ....	49
Figura 3. Distribuição de usuários brasileiros e estrangeiros (argentinos e paraguaios) não residentes em Foz do Iguaçu, da UBS JD América. Foz do Iguaçu, 2018. ....	54

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Profissionais da Saúde Bucal do Município de Foz do Iguaçu – 2018. ....	46
Quadro 2. Valores de incentivo de implantação e de custeio de acordo com o tipo de CEO. ....	77
Quadro 3. Repasses financeiros do Ministério da Saúde para o CEO, no período de 2010 a 2015. Foz do Iguaçu, 2018.....	79

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sóciodemográfica dos usuários do serviço de odontologia na UBS Jardim América, brasileiros e estrangeiros não residentes em Foz do Iguaçu segundo sexo e nacionalidade. Foz do Iguaçu, (2010 – 2015). .....	53
Tabela 2. Caracterização sóciodemográfica dos usuários do serviço de odontologia na UBS Jardim América, brasileiros e estrangeiros não residentes em Foz do Iguaçu segundo idade. Foz do Iguaçu, (2010 – 2015). .....	56
Tabela 3. Caracterização sóciodemográfica dos usuários do serviço de odontologia na UBS Jardim América, brasileiros e estrangeiros não residentes em Foz do Iguaçu segundo ocupação. Foz do Iguaçu, (2010 – 2015). .....	58
Tabela 4. Distribuição de procedimentos odontológicos dos usuários da amostra. Foz do Iguaçu, 2018. ....	59
Tabela 5. Distribuição dos motivos que levaram a população do estudo a buscar os serviços de odontologia da UBS Jardim América. Foz do Iguaçu, 2018. ....	61
Tabela 6. Distribuição dos encaminhamentos para média complexidade, segundo as especialidades disponibilizadas no CEO. Foz do Iguaçu, 2018. ....	64
Tabela 7. Distribuição dos procedimentos realizados no CEO, segundo a especialidade de endodontia. Foz do Iguaçu, 2018. ....	66
Tabela 8. Distribuição absoluta e relativa dos procedimentos realizados no CEO, segundo a especialidade de periodontia. Foz do Iguaçu, 2018. ....	68
Tabela 9. Distribuição absoluta e relativa dos procedimentos realizados no CEO, segundo a especialidade de cirurgia. Foz do Iguaçu, 2018. ....	70
Tabela 10. Distribuição absoluta e relativa dos procedimentos realizados no CEO, segundo a especialidade distúrbio da articulação temporo-mandibular, no período de 2010 a 2015. Foz do Iguaçu, 2018. ....	72
Tabela 11. Distribuição absoluta e relativa dos procedimentos realizados no CEO, segundo a especialidade prótese na população do estudo, no período de 2010 a 2015. Foz do Iguaçu, 2018. ....	74
Tabela 12. Distribuição absoluta e relativa dos procedimentos realizados no CEO, segundo a especialidade ortodontia, no período de 2010 a 2015. Foz do Iguaçu, 2018. ....	76

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	17
2. OBJETIVOS.....	22
2.1.Geral.....	22
2.2.Específicos.....	22
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
3.1. O debate das políticas públicas em região de Fronteiras.....	23
3.1.1. Transitando no campo da assistência odontológica brasileira – a construção de uma prática.....	23
3.1.2. Da assistência odontológica à atenção à saúde bucal no Brasil - construindo a universalidade e integralidade da atenção. ....	27
3.1.3. A busca da concretização do espaço da saúde bucal no SUS e a política de financiamento na atenção primária e secundária. ....	30
3.1.3.1. Financiamento da saúde bucal para Atenção Primária.....	33
3.1.3.2. Financiamento da saúde bucal para Atenção Secundária.....	34
3.2. O Sistema Único de Saúde nos espaços de fronteira – onde a fronteira vai além do limite demarcatório.....	35
3.3. A saúde bucal e os espaços fronteiriços.....	37
3.4. Atenção à saúde bucal nos países fronteiriços.....	40
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	45
4.1. Tipo de pesquisa.....	45
4.2. Campo de pesquisa.....	45
4.3. População e amostra.....	50
4.4. Coleta de dados.....	50
4.5. Organização e análise dos dados.....	51
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	52
5.1. Histórico de Atendimento Odontológico na Atenção Básica.....	52
5.1.1. Procedimentos Odontológicos na Atenção Básica.....	59
5.1.2. Principais motivos de procura pelo atendimento odontológico na Atenção Básica.....	61
5.2. Histórico de Atendimento Odontológico na Atenção Secundária.....	63
5.3. O financiamento do CEO.....	77

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	82
REFERÊNCIAS.....	84
APÊNDICE I.....	100
ANEXO I.....	104
ANEXO II .....	105
ANEXO III.....	107
ANEXO IV.....	108
ANEXO V .....	109
ANEXO VI.....	110

## 1. INTRODUÇÃO

Quando se criou o conceito Faixa de Fronteira no Brasil, foram consideradas principalmente questões de segurança nacional, servindo a fronteira fundamentalmente como barreira frente às ameaças externas. A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 20, designa a faixa de fronteira como sendo 150 km de largura, ao longo das fronteiras terrestres, sendo considerada fundamental para a defesa do território nacional. A Lei Federal nº. 6.634 de 02 de maio de 1979 dispõe sobre a faixa de fronteira e foi regulamentada pelo Decreto Lei nº. 85.064 de 26 de agosto de 1980 (GADELHA; COSTA, 2007; BORBA; BRANCO, 2013). Essa lei limita o uso dos territórios fronteiriços à ideia de segurança, controle e proteção e estabelece diversas proibições. Entre elas, a aquisição de propriedades rurais na faixa de fronteira por estrangeiros (ALBUQUERQUE; PAIVA, 2015).

Nesse contexto, 27% do território brasileiro localizam-se em faixa de fronteira, sinalizado por grande injustiça econômica e social, vivenciando desigualdades e iniquidades de bem-estar e de saúde que lhes conferem indicadores de condições de saúde piores que a média nacional e caracterizam sua vulnerabilidade (SOUZA et al., 2008). De acordo com Gadelha e Costa (2007), são regiões à margem das políticas centrais de desenvolvimento em relação às decisões, formulação de programas, projetos e repasse de recursos, que em geral, são centralizados na União. Segundo Peiter (2005), essas áreas densamente povoadas são mais suscetíveis à transmissão de doenças, em virtude da intensidade e multiplicidade de interações, que dificultam o controle de doenças.

Destarte, a situação desfavorável experimentada por esses habitantes em relação ao acesso e à qualidade dos serviços públicos de saúde é intensificada pelo fluxo de usuários para os municípios detentores de melhor oferta de serviços, gerando uma demanda além da estimativa do planejamento local e, assim, prejudicando a qualidade e a sustentabilidade da saúde nesses municípios (MORENO, 2015), acentuada pela falta de recursos humanos para o atendimento, falta de medicamentos e de acompanhamento dos programas de saúde, sendo comum o sub-registro de doenças, assim como a insuficiência da vigilância nesses locais (PEITER, 2005; BRAGA, 2011).

A temática saúde nas regiões de fronteiras passou a ser discutida em fóruns específicos no Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) a partir de 1997, objetivando buscar soluções para os problemas. A partir do Seminário em Planejamento do Subgrupo

de Trabalho 11, em 2003, a Organização-Pan Americana da Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde (MS) lançaram em 2004, uma proposta de integração em saúde para os países membros, por meio do Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL – SIS MERCOSUL (GALLO, 2004).

Em 2005, o MS publicou a Portaria GM/MS nº 1.120, de 6 de julho de 2005, com nova redação pela Portaria nº 1188/GM, de 05 de junho de 2006, que institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-FRONTIERS) e propõe “a formalização da integração entre sistemas de saúde de fronteiras, a partir do reconhecimento das dificuldades historicamente vivenciadas por gestores e usuários nestas localidades...” Identifica ainda a necessidade de consolidar e expandir a atuação do MS no âmbito das fronteiras, isto é, a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos estados brasileiros e a possibilidade de cooperação entre países vizinhos para a melhoria da gestão.

A consolidação do SUS nos Estados e municípios brasileiros, com foco na organização de serviços e a criação de um sistema de cooperação em rede entre os municípios com fronteiras internacionais, são ações que objetivam a melhoria da qualidade de vida da população desses municípios (BRASIL, 2005).

O SIS-FRONTIERS contemplava todos os municípios brasileiros localizados na divisa com outros países e previa o repasse financeiro, para o desenvolvimento de três fases: a) a realização de diagnóstico local de saúde e a elaboração do Plano Operacional; b) qualificação da gestão, serviços, ações, implementação da rede de saúde; c) a implantação de serviços e ações, de acordo com o diagnóstico local (BRASIL, 2005).

Foz do Iguaçu, município da tríplice fronteira – Brasil, Paraguai e Argentina, participou deste sistema e a partir de diagnósticos locais realizados na fronteira, observou-se a necessidade de atendimento em saúde aos brasileiros residentes no exterior, principalmente no Paraguai, onde não possuem direito ao acesso no sistema de saúde local (SPRANDEL, 2006). O município de Foz do Iguaçu tem realizado o atendimento da população de brasileiros residentes nos países vizinhos e dos estrangeiros (paraguaios e argentinos) que buscam os serviços de saúde (FOZ DO IGUAÇU, 2006) sem, entretanto, saber o impacto desta atenção no sistema de saúde local. O plano operacional de Foz do Iguaçu apontou prioridades com o intuito de melhorar a estrutura física e de recursos humanos da rede pública de saúde, qualificando e fortalecendo o sistema de saúde local. Destacou, ainda, que em relação ao aspecto financeiro, não existia uma diferenciação para

municípios de fronteira e os demais, e o recurso recebido era referente à população residente estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Diante desse cenário, foi proposto com esta pesquisa responder a seguinte questão: qual o perfil da demanda de população estrangeira e de brasileiros residentes em países vizinhos ao município de Foz do Iguaçu para os serviços de odontologia e qual a participação deste atendimento em relação ao atendimento odontológico prestado à população em geral neste município?

Os municípios de fronteira do Brasil especificamente em relação à saúde apontam dificuldades para o fornecimento da atenção integral aos seus cidadãos (GADELHA; COSTA, 2007). Destaca-se a dificuldade de planejamento e provisão de políticas voltadas à população transfronteiriça, no que se refere ao atendimento à saúde bucal, objeto deste estudo, que utiliza o sistema de saúde, e que não é contabilizada para os repasses financeiros do SUS. Esta condição vem acarretando diversas dificuldades cuja principal vítima é o cidadão fronteiriço. A população flutuante nestes municípios acaba onerando os serviços de saúde, que passam a atender um número de pessoas acima do previsto (ALBUQUERQUE, 2012).

Devido à ausência de políticas públicas específicas para a população que reside em países fronteiriços com o Brasil, esses municípios acabam atendendo essa demanda com recursos insuficientes, assim como foi oficialmente sugerido pelo município de Foz do Iguaçu, alvo desta pesquisa.

De acordo com o plano operacional de Foz do Iguaçu, muitos esforços e investimentos foram realizados no município na perspectiva de melhorar a infraestrutura de atendimento nos níveis de atenção, bem como no entendimento de que a responsabilidade sanitária tem implicações além da fronteira de nosso país. No entanto, algumas dificuldades foram apontadas: (1) modelo assistencial predominando ações curativas; (2) estrutura da rede de atenção básica deficitária; (3) estrutura da rede de média e alta complexidade deficitária; (4) dificuldade no planejamento da atenção em saúde e previsão de gastos com relação à população flutuante no município (turistas, paraguaios, argentinos, brasileiros residentes no exterior) e não reconhecida pelos órgãos financiadores do SUS; (5) financiamento do setor aquém das necessidades de atenção à saúde de um município de região de fronteira; (6) ausência de regulamentação de uma política específica para atendimento a estrangeiros e brasileiros residentes no exterior em região de fronteira; (7) indefinição da responsabilidade pelo financiamento do sistema de saúde na

fronteira; (8) carência de recursos humanos na rede de atenção básica; (9) carência de programas de capacitação profissional (FOZ DO IGUAÇU, 2006).

Dentre os dados apontados no plano operacional de Foz do Iguaçu, 37,9% da população de brasileiros, paraguaios e argentinos, buscaram os serviços de saúde bucal nas unidades de saúde pesquisadas (FOZ DO IGUAÇU, 2006) e embora esta temática não tenha sido discutida suficientemente nas regiões de fronteira brasileiras, outras pesquisas realizadas nesses locais, também apontaram que a procura pela atenção odontológica foi uma forma de assistência indicada por 38% da população dos municípios de fronteira (GIOVANELLA et al., 2007).

Diante desta situação problema, que é a busca de serviços de saúde pelas populações de outros países nos municípios de fronteiras, a saúde bucal se destaca e observa-se que existem poucos estudos sobre a temática (PEITER, 2005; BONTEMPO; NOGUEIRA; GIMENEZ, 2013; GIOVANELLA et al., 2007; MORENO, 2015).

A necessidade de se conhecer os fluxos de atendimento por parte de estrangeiros e brasileiros (Argentinos e Paraguaios) residentes nos países vizinhos a Foz do Iguaçu é sentida e relatada por trabalhadores dos serviços de saúde nesta região cotidianamente. Assim, sempre é motivo de questionamento a origem dessas pessoas, por quais motivos deixam seu país para procurar atendimento odontológico em Foz do Iguaçu, o quanto representam em relação à população geral do município? Quais procedimentos odontológicos são realizados? Quais as implicações (estruturais e financeiras) para o município no que se refere ao quantitativo representado pelos estrangeiros e brasileiros residentes em países vizinhos que procuram os serviços de odontologia em estabelecimentos públicos de saúde em Foz do Iguaçu?

Considerando estes aspectos o estudo propôs caracterizar a população de estrangeiros e brasileiros residentes em países de fronteira com o município de Foz do Iguaçu (PR), que buscaram atendimento odontológico na Unidade Básica da Saúde (UBS) Jardim América e no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), no período de 2010 a 2015, bem como a identificação dos tipos de serviço demandados e as suas respectivas quantidades, de modo a nortear estratégias que contornem ou minimizem os problemas ora apresentados.

No contexto de saúde pública na região de fronteira a ausência de um estudo local que caracterize o atendimento à saúde bucal de estrangeiros e brasileiros residentes em outros países e que procuram o município de Foz do Iguaçu, bem como a possibilidade de

contribuir com a construção de novos conhecimentos, aliada à intensa curiosidade sobre essa população, motivou a realização dessa pesquisa. A proposta deste estudo permitiu obter informações que irão subsidiar e contribuir para a melhoria das políticas públicas, reorganização do processo de trabalho com atendimento odontológico mais humanizado, eficiente e proposição de ações efetivas como modelo estrutural dentro do serviço de saúde bucal do município de Foz do Iguaçu.

Diante do exposto, este estudo pretende contribuir para o debate desta temática a partir da apresentação de novos dados que podem auxiliar no planejamento de ações de cunho universal e integral, bem como na avaliação da assistência prestada almejando um atendimento odontológico mais humanizado dessa população. Nesse sentido, a caracterização do atendimento à saúde bucal desta população torna-se relevante e pertinente.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Geral**

Analisar a demanda de estrangeiros e brasileiros residentes em países de fronteira com o município de Foz do Iguaçu-PR para assistência de odontologia no Sistema Único de Saúde deste município.

### **2.2. Específicos**

Caracterizar a população quanto às condições sócio-demográficas;

Identificar os procedimentos odontológicos realizados na UBS Jardim América e CEO direcionados a população em estudo;

Verificar os principais motivos de procura pelo atendimento odontológico na UBS Jardim América;

Estimar a demanda por serviços odontológicos da população fronteiriça em relação à população geral, nos aspectos quantitativos e de repasses financeiros do Ministério da Saúde.

### **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

A descrição abaixo faz referências e relações a respeito do debate das políticas em região de fronteiras: transitando no campo da assistência odontológica brasileira – a construção de uma prática, da assistência odontológica à atenção à saúde bucal no Brasil – construindo a universalidade e integralidade da atenção e a busca da concretização do espaço da saúde bucal no SUS e a política de financiamento na atenção primária e secundária; o SUS nos espaços de fronteira – onde a fronteira vai além do limite demarcatório; a política nacional de saúde bucal e os espaços fronteiriços e a atenção à saúde bucal nos países que fazem fronteira com o município de Foz do Iguaçu – PR.

Dessa forma, na busca da compreensão e da caracterização das políticas públicas voltadas ao atendimento à saúde bucal de estrangeiros e brasileiros que residem em região de fronteira, é importante apresentar as bases nas quais foram fundamentadas a odontologia no Brasil e as raízes que originaram os modelos de atenção em saúde bucal escolhidos pelo sistema público de saúde brasileiro e seu desfecho na oferta e organização de serviços de saúde em região de fronteira.

#### **3.1. O debate das políticas públicas em região de Fronteiras**

No Brasil o sistema público de saúde busca superar um sistema privatista e centralizado, que na década de 1970 omitia das parcelas mais carentes da população a assistência à saúde, e transitar para um sistema que busca a integralidade e a universalização de atendimento. Essas modificações substanciais aconteceram a partir do Movimento de Reforma Sanitária, que atingiu o seu ponto mais alto com a criação do SUS em 1988. O desafio de implementar um sistema de saúde equânime, descentralizado, integral, universal e com ampla participação da população no exercício do controle social é, num país de dimensões e carências como é o caso do Brasil, uma tarefa das mais complexas (LIMA, 2000).

##### **3.1.1. Transitando no campo da assistência odontológica brasileira – a construção de uma prática**

A prática odontológica tem raízes históricas, culturais e sociais na formação do cirurgião-dentista (CD). A odontologia praticada no século XVI restringia-se às extrações dentárias, utilizando técnicas rudimentares, instrumentais impróprios e sem qualquer

higiene e anestesia. Praticada pelos barbeiros ou sangradores, utilizava a técnica de “tirar dentes” sem qualquer conhecimento teórico. Para exercer a odontologia da época, os barbeiros ou sangradores necessitavam da licença especial emitida pela coroa Portuguesa e quem não a possuísse poderia ser preso e multado (FERNANDEZ, 2001).

Até as primeiras três décadas do século XVII, a odontologia, por não ser considerada ciência e/ou arte, era exercida por charlatões que estabeleciam suas bancas nas feiras. Essa situação perdurou até século XVIII, quando o cirurgião-dentista Pierre Fauchard lançou os três volumes de “Le Chirurgien-dentiste” com relato de sua longa experiência em extração dentária, descrevendo em termos científicos a anatomia bucal (FERNANDEZ, 2001). As obras do referido autor podem ser consideradas uma revolução odontológica.

No Brasil existem registros de atividades odontológicas isoladas, por volta de 1910, ligadas aos serviços sanitários ou em estabelecimentos de ensino público, com Cirurgiões ocupando cargos em inspetorias dentárias ou de higiene escolar. A partir de 1923 foi constituída a primeira forma organizada de sistema previdenciário de natureza pública, ao se criar as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), restritas a alguns segmentos de trabalhadores urbanos, com oferta ocasional de serviços odontológicos. Nas décadas de 1930 e 1940, com a criação dos Institutos de Assistência e Previdência (IAP), ocorreu a ampliação da estrutura previdenciária preexistente, mantendo-se a oferta de alguns serviços odontológicos previdenciários aos trabalhadores, além de poucos registros de ações curativas voltadas, prioritariamente, aos pré-escolares, escolares e as gestantes (MOYSÉS et al., 2002; NARVAI & FRAZÃO, 2008).

No ano de 1941 ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). O modelo de prática odontológica hegemônico implantado no país foi sendo estudado e criticado ao longo de diversos encontros de debate e reflexão a seu respeito. Apenas na 7ª CNS, realizada em Brasília em 1980, é que acontece o 1º relatório de Saúde Bucal, atestando que este modelo estava caracterizado em traços gerais pela ineficiência, ineficácia, descoordenação, baixa cobertura, má distribuição, alta complexidade, enfoque curativo, mercantilista, caráter monopolista e inadequação no preparo dos recursos humanos (NARVAI, 1994, p.82).

A prática odontológica hegemônica no Brasil denominada por Narvai (2002, 2006) de “odontologia de mercado” no século XX, revela um arranjo societário em que a opção da odontologia brasileira, tanto na formação profissional, como no mundo do trabalho,

privilegiou a esfera privada e o acesso a serviços odontológicos para uma elite econômica que podia custeá-los. Evidentemente, a opção por um modelo privatista e o descuido com a esfera política ocorreu num período em que práticas sociais não aconteciam de modo sistemático e articulado pela esfera governamental.

É a partir das décadas de 1950–1960 que a odontologia pública se institucionaliza, com a conquista de espaço na estrutura administrativa do Ministério da Saúde, por meio do Serviço Nacional da Fiscalização da Odontologia. Neste período, a atenção odontológica ganhou alguma expressão pública, não só no Brasil, mas em vários países, com o início da “odontologia sanitária” (MOYSES, 2008).

No Brasil, o sistema de atenção a escolas de redes públicas tem início em uma modalidade de atendimento chamado “sistema incremental”, implementado pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). No mesmo período, inicia-se a fluoretação das águas de abastecimento público, em Aimorés (MG) e Baixo-Gandú (ES). Esse sistema seguiu algumas décadas, com a fundação SESP orientando o modelo de odontologia sanitária, implantando e/ou orientando a implantação de unidades escolares em várias regiões do país. Nesse intermédio, firmou-se a “odontologia previdenciária” com a fusão dos Institutos de Aposentadorias e Pensões dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1967. A partir desta fase foi crescente a expansão da assistência odontológica no setor público estatal, com fortes vínculos com o denominado complexo industrial da saúde (MOYSES, 2008).

Apareceu então a experiência da “odontologia simplificada” que preconizava a redução dos custos, a qualidade na atenção, o aumento de cobertura e a desmonopolização do saber, sob a influência das deliberações da Conferência Alma-Ata, realizada em 1978. Assim, tornaram-se visíveis as funções do técnico em higiene dental (THD) e auxiliar de consultório dentário (ACD), atualmente técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB). A simplificação foi um modelo tecno-assistencial que proporcionou grande avanço na odontologia, apesar de mostrar contradições, tais como - não levar em consideração o controle social, não focar os determinantes sociais do processo saúde-doença e respectivas iniquidades em saúde bucal baseando-se, essencialmente, nas ações básicas, sem preocupação com os demais níveis de atenção. A inclusão de procedimentos preventivos, e a estruturação de serviços de referência, para necessidades de maior complexidade, representaram avanços na busca da “odontologia integral” (MOYSES, 2008).

Porém, a “odontologia de Mercado” seguia ainda hegemônica, entretanto não era a única modalidade assistencial presente na realidade brasileira (MOYSES, 2008).

A atenção à saúde bucal dos adultos no sistema público resumia-se basicamente às exodontias e aos atendimentos de urgências. O reflexo dessa política priorizando a atenção ao escolar, não obteve o resultado esperado que era uma população adulta saudável. Adultos e idosos apresentavam perda dos elementos dentários e alto percentual de problemas periodontais. Os adultos tinham acesso unicamente a serviços de urgência, em sua grande maioria mutiladores, designando a odontologia como uma área de extrema exclusão social. Não havia no país uma política nacional para o setor (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

Em 1986 o MS realizou o 1º levantamento epidemiológico nacional na área de Saúde Bucal, utilizando o índice CPO-D (número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados), proposto por Klein & Palmer (1938), abrangendo a zona urbana de 16 capitais, representativo das cinco regiões brasileiras, alcançando: crianças, adolescentes, adultos e idosos. Os dados obtidos foram relativos à cárie dentária, doença periodontal e acesso a serviços (BRASIL, 1988). Os resultados relacionados à prevalência de cárie mostraram um valor de 8,52 na região Centro-Oeste, seguido de 7,50 na região Norte, de 6,90 na região Nordeste, de 6,31 na região Sul e de 5,95 na região Sudeste. Destacando, portanto, a maior prevalência na região Centro-Oeste. O CPO-D aos 12 anos teve um valor de 6,65, indicando, de acordo com a OMS uma prevalência muito alta de cárie. Foram comprovados altos índices de cárie entre as crianças brasileiras, um dos maiores CPO-D do mundo à época em todas as idades analisadas. O CPO-D médio evoluiu de 1,26 aos 6 anos de idade para 3,61 aos 9 anos, atingindo 6,65 aos 12 anos (BRASIL, 1988).

A odontologia, ao final do século passado, incorporou uma grande contradição por meio da evolução tecnológica e incorporação de novos e sofisticados equipamentos, medicamentos e procedimentos, sem, no entanto, apresentar melhora no alcance social e um aumento na qualidade na saúde bucal. Antecedente ao SUS, as ações de saúde bucal eram ofertadas de forma paralela ao processo de organização dos demais serviços de saúde, mostrando um baixo poder de resolutividade, de forma que eram incapazes de solucionar os principais problemas de saúde bucal da população. Além do que, as medidas de intervenção do modelo assistencial hegemônico eram questionadas no seu caráter cientificista e de alta complexidade cujo enfoque curativo não atendia as reais necessidades da população em geral (NARVAI, 2006).

O SUS criou, na esfera jurídica, ocasiões para que os municípios planejassem ações em saúde, resultando em propostas de mudanças que na prática, rompessem o modelo tradicional de assistência. A partir daí, surgiram propostas e programas na tentativa de operacionalizar seus princípios doutrinários e organizativos nos modelos de atenção à saúde. De acordo com Chaves e Vieira da Silva (2007), a viabilidade de efetivar uma política de saúde dentro dos princípios da integralidade e da equidade e a oportunidade de, por fim, universalizar o acesso em saúde tem evidenciado as limitações de um modelo de atenção à saúde bucal excludente, com ações de caráter eminentemente curativo e sem participação popular nos campos decisórios.

### **3.1.2. Da assistência odontológica à atenção à saúde bucal no Brasil - construindo a universalidade e integralidade da atenção.**

Iniciado na década de 1980, o processo de descentralização das ações de saúde no Brasil, caracterizou-se por uma redefinição das funções e competências entre os níveis federal, estadual e municipal, com destaque na municipalização das ações de saúde, conforme previsto nas Normas Operacionais Básicas (NOB) 93 e 96 (BRASIL, 2000). Esse processo em algumas situações, foi guiado pela definição e implementação de estratégias desencadeadoras de mudanças nos modelos de atenção à saúde, voltadas para a promoção da saúde, territorialização e organização da oferta. Na sequência, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001) expressou uma tentativa de reorientação da descentralização a fim de também considerar a regionalização como estratégia de gestão (CHAVES; VIEIRA, 2007).

Com a instituição do SUS e a Constituição Federal do Brasil de 1988, garantiu-se legalmente o acesso universal da população à assistência odontológica pública sem a exclusão de quaisquer grupos populacionais, o que anteriormente acontecia em virtude do direito à assistência ser exclusivo aos trabalhadores contribuintes ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Assistência Social (INAMPS) (MATTOS et al., 2014). Em 1986, realizou-se a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB). O evento contou com mais de 1.000 participantes, foi o ápice de todo um processo de discussão iniciado na maioria dos estados brasileiros.

Inicia-se neste momento, a atuação de um importante componente da inclusão da saúde bucal como direito de cidadania, que é o controle social. Na história da odontologia brasileira, não há registro de momento semelhante, sob o ponto de vista democrático, onde

as questões da saúde bucal da população tenham sido expostas e discutidas de forma tão pluralista (BRASIL, 1986). Somente em 1993, o relatório final da 2ª CNSB permitiu aprovação de estratégias e diretrizes políticas para a Saúde Bucal no país, considerando a Saúde Bucal como direito de cidadania, um novo modelo de atenção em Saúde Bucal, os recursos humanos, o financiamento e o controle social. Apontou ainda, a existência de uma grande dissonância entre o progresso técnico e científico da odontologia no Brasil e os níveis de saúde bucal dos brasileiros. Os motivos desta realidade, de acordo com as reflexões daquela conferência, estavam associados com a formação e qualificação dos recursos humanos, que era inapropriada, a ineficiência dos serviços e programas de saúde e a gravidade dos problemas sanitários, que colocavam a saúde bucal como prioridade secundária. Mostrou a relevância de um modelo de atenção integral em saúde bucal que considerasse o perfil epidemiológico de cada grupamento populacional (BRASIL, 1993) assim como preconizado nos princípios do SUS na Constituição de 1988.

Dez anos após o 1º levantamento, em 1996, foi realizado o 2º levantamento epidemiológico de saúde bucal, através da Coordenação de Saúde Bucal (COSAB) do Ministério da Saúde (Souza, 1996). Contou com a participação de entidades como os Conselhos Regionais de Odontologia (CROs), Associação Brasileira de Odontologia (ABO) e Secretarias Estaduais de Saúde e foi realizado em todas capitais brasileiras, na população de 6 a 12 anos, gerando dados relativos à cárie dentária (BRASIL, 1996). Os resultados evidenciaram um declínio acentuado em relação a 1986: a média do CPO-D aos 12 anos (3,06) ficou muito próxima da meta estabelecida para o ano 2000 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ( $\leq 3,0$ ), além da redução de 54% no CPO-D aos 12 anos, foi observada também uma mudança na sua distribuição. A proporção de indivíduos com CPO-D = 0 passou de 3,7% em 1986 para pouco mais de 25% em 1996. Aliado a isso, os valores mais altos de CPO-D passaram a se concentrar em um número menor de indivíduos (RONCALLI, 2006).

Em 2000, o MS iniciou uma discussão a respeito da realização de um amplo projeto de levantamento epidemiológico que avaliasse os principais agravos em diferentes grupos etários e que incluísse as populações das áreas urbana e rural. O referido projeto foi identificado como “SB Brasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira” e teve início em 1999 com a criação do subcomitê responsável pela elaboração e execução do mesmo. No ano de 2001, foram realizados estudos-piloto, em duas cidades com portes populacionais diferentes, Canela (RS) e Diadema (SP). A partir do piloto até o final do ano

2002 o projeto passou por dificuldades na operacionalização, atrasando consideravelmente o cronograma inicial. Foi dado maior impulso a partir de agosto de 2002 com a superação dos problemas relativos a financiamento e compra de material e, durante todo o ano de 2003, foi realizado o treinamento e coleta de dados de praticamente todos os municípios que participaram da amostra (RONCALLI et al., 2000).

O 3º levantamento epidemiológico envolveu a participação de várias instituições e entidades odontológicas (Brasil, 2004a). Alguns pontos deficientes, criticados nas pesquisas de 1986 e de 1996 foram devidamente enfrentados. Entre eles, os exames domiciliares em população adolescente, adulta e idosa, uma prática não muito comum na pesquisa epidemiológica em saúde bucal. Além disso, outras faixas etárias, outros agravos foram avaliados, entretanto alguns deles nunca antes haviam sido objeto de pesquisas de caráter nacional, dentre eles a fluorose e a oclusopatias. Uma vez validada a metodologia e os demais instrumentos desenhados para o estudo, os municípios amostrais foram sorteados e definido o início das oficinas de sensibilização nas diferentes regiões (RONCALLI et al., 2000).

Os resultados para cárie e sequelas apontaram que a tendência de queda na prevalência e severidade da cárie na população infantil (12anos como parâmetro) estava sendo preservada, embora a queda em relação a 1996 não tenha sido tão significativa. Ressaltou-se, que aos 12 anos o percentual de indivíduos com CPO-D=0 era de menos de 5% em 1986, passando para mais de 25% em 1996 e chegando a mais de 30% em 2003. O que significou dizer que, cerca de um terço das crianças de 12 anos do País não apresentaram ataque de cárie dentária em dentição permanente. Os fatores identificados como prováveis responsáveis pelo declínio na prevalência de cárie no Brasil são: o acréscimo e a universalização da utilização do flúor em suas variadas formas de aplicação, com ênfase para a água de abastecimento e os dentifrícios fluoretados, maior destaque nas atividades de promoção de saúde, melhorias nas condições de saúde e qualidade de vida, além da mudança nos critérios de diagnóstico de cárie (RONCALLI et al, 2000).

No cenário da organização do maior levantamento epidemiológico de saúde bucal já realizado no país, e da divulgação da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar – PNAD, cujo resultado apontava que 19% da população nunca tinha ido ao cirurgião-dentista (ANDRADE et al., 2013; PEREIRA, 2011), o MS propôs a inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa de Saúde da Família (PSF) que passou a adotar o termo Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta inclusão se deu por meio da Portaria

GM/MS nº. 1.444, de 28 de dezembro de 2000, em que estabelece os primeiros mecanismos de incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestadas pelos municípios (MATTOS et al., 2014) com investimentos iniciais na ordem de 18,6 milhões, resultando em um acréscimo de 106% das ESB na ESF entre dezembro de 2002 a setembro de 2004 (LOURENÇO et al., 2009).

Em 06 de março de 2001, a Portaria nº. 267 de 06 de março de 2001 regulamentou a Portaria nº. 1.444 e estabeleceu as bases para reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica contemplando os princípios organizativos do então denominado PSF (BRASIL, 2001) e estabeleceu normas e diretrizes para a inclusão das ESB nas suas duas modalidades possíveis de implantação, sendo a escolha a critério do gestor municipal, a saber: modalidade I<sup>1</sup> e modalidade II<sup>2</sup> (BRASIL, 2001). Cabe destacar, que em outubro de 2009, a portaria nº. 2371 instituiu, no âmbito da PNSB, o componente móvel da atenção à saúde bucal, às Unidades Odontológicas Móveis, integrando a Modalidade III<sup>3</sup> (BRASIL, 2009).

De modo geral, pode-se dizer que a incorporação da Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família evidenciou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal integrada no contexto dos serviços públicos de saúde. Dessa maneira, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços respondendo às demandas da população e ampliando o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial (LUCENA; PUCCA JÚNIOR; SOUSA, 2011).

### **3.1.3. A busca da concretização do espaço da saúde bucal no SUS e a política de financiamento na atenção primária e secundária.**

---

<sup>1</sup> Modalidade I: composta por um Cirurgião Dentista, um Auxiliar em Saúde Bucal ou Técnico em Saúde Bucal.

<sup>2</sup> Modalidade II: composta por um Cirurgião Dentista, um Técnico em Saúde Bucal e um Auxiliar em Saúde Bucal ou Técnico em Saúde Bucal.

<sup>3</sup> Modalidade III: Unidades Odontológicas Móveis – são consultórios odontológicos estruturados em veículos devidamente adaptados e equipados para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde bucal a serem realizadas por ESB vinculadas às equipes da ESF.

Entre os anos 2002 e 2003, teve início a operacionalização do levantamento epidemiológico em saúde bucal que mobilizou entidades de classes, faculdades de odontologia, além das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, contando com 2000 trabalhadores atuando em 250 municípios que participaram do estudo.

Os resultados mostraram um CPO-D de 2,78 aos 12 anos, utilizando os mesmos critérios de exame para cáries semelhantes a 1996. Pelo fato de o levantamento de 2003 ter sido mais criterioso quanto aos aspectos amostrais, foi o que melhor representou a real condição bucal em nível nacional. Foram encontrados maiores índices nas cidades sem água fluoretada, porém a maioria dessas cidades é pouco populosa e se encontra nas regiões mais pobres do Brasil, onde a condição socioeconômica influencia na condição bucal como um todo. Foram notáveis as diferenças na distribuição do ataque de cárie na população infantil na dentição decídua bem como, na permanente. Os maiores números de dentes cariados não tratados foram encontrados nas crianças das regiões Norte e Nordeste. Nos adultos e idosos o número de dentes perdidos foi extremamente elevado. A necessidade de algum tipo de prótese já se inicia a partir da faixa etária de 15 a 19 anos de idade. Disparidades relacionadas ao acesso aos serviços de saúde também foram identificadas. Este projeto nacional foi concluído em 2003 e o relatório apresentado fornece informações relativas ao perfil de saúde bucal no Brasil, cujos resultados nortearam a elaboração da “Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente” (BRASIL, 2003).

Nesse contexto, a PNSB surge como um modelo de atenção contra hegemônico às práticas odontológicas que existiam no país até então, e apresenta em seus pressupostos operacionais, os princípios do SUS. Ao trabalhar como principais linhas de ação a reorganização dos níveis de atenção em saúde bucal por meio das ESB na ESF, a criação de referências na atenção secundária por meio dos CEO e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), a adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público e a vigilância em saúde bucal, o Brasil Sorridente se enquadra nos programas estratégicos na atual Política de Saúde no Brasil (BRASIL, 2004b). O financiamento diferenciado e a gestão descentralizada dos recursos financeiros mostraram-se capazes de ampliar as ações de saúde bucal para mais de 90 milhões de habitantes. A evolução da política comprova a maior inserção da atenção em saúde bucal no SUS, bem como a ampliação da oferta de ações e serviços de saúde bucal em todo o Brasil (LUCENA; PUCCA JÚNIOR; SOUSA, 2011).

Entre os pressupostos da PNSB estão: (a) utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território para subsidiar o planejamento; e (b) centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, dos riscos e dos determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2004b).

No que se refere às diretrizes da PNSB: buscam considerar o estabelecido pela Constituição Federal do Brasil (Capítulo II, Seção II, Artigo 196; 1988): “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco e de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Dessa forma, tornou-se fundamental apreender saúde de um modo integral e universal, não apenas no que se refere ao acesso aos serviços, mas também se considerando as desigualdades sociais, objetivando políticas que diminuam as iniquidades ou falta de equidade social (PUCCA-JR et al., 2009).

A inserção da odontologia no SUS teve importância relevante como transformação de uma prática, que reflete em novos conceitos, conteúdos e formas de organização, almejando a melhoria das condições de saúde bucal da população e criando novos vínculos entre os atores sociais no SUS (gestores, trabalhadores de saúde, acadêmicos e a população), todos em igualdade de condições de modo a intervir eficazmente nas necessidades de saúde bucal da população (CORDÓN, 1997).

Em 2004, aconteceu a 3ª CNSB, mostrando que a situação da saúde bucal da população, ainda era muito precária. Durante a trajetória de consolidação do SUS, foram observados esforços voltados para a reorganização da saúde bucal na atenção básica no nível municipal, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do então, Programa Saúde da Família (BRASIL, 2004c).

Em 2011, após sete anos da implantação da PNSB, concluiu-se o 4º levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área da Saúde Bucal, intitulado “SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal”. Esta pesquisa foi realizada nas 26 capitais estaduais, no Distrito Federal e em 150 municípios do interior de diferentes portes populacionais, cuja proposta foi analisar a situação da saúde bucal da população brasileira, tendo como objetivo proporcionar ao SUS informações para subsidiar o planejamento e avaliação de programas de prevenção e tratamento, tanto em nível nacional quanto nos âmbitos estadual e municipal (BRASIL, 2010a).

Esse último inquérito divulgou tendência de redução da cárie dentária entre escolares e adolescentes, entretanto na faixa etária de 05 anos (pré-escolar) a meta de 50% da população livre de cárie ainda não havia sido atingida. Mostrou também discreta redução na severidade de cárie (CPO-D 17,2) entre os adultos, já em relação aos idosos permaneceu sem alterações (CPO-D 27,5). A perda dental ainda tem destaque entre adultos e idosos, ressaltando que 53,7% dos brasileiros entre 65-74 anos são desdentados e 22,4% entre 35-44 anos já não possuem dentição funcional (menos de 21 dentes presentes na boca). Ou seja, o quadro é de redução da cárie entre os mais jovens, mas entre adultos e idosos permanece uma grande perda dental (BRASIL, 2012a).

Nesse sentido, é importante mencionar que a produção de dados por si só não basta. É necessário que estas informações façam parte de um sistema eficiente de vigilância à saúde e que subsidiem ações de planejamento e avaliação dos serviços, bem como direcionem as políticas de saúde bucal nos três níveis de governo (RONCALLI, 2006).

É pertinente salientar que com a ampliação do conceito de atenção básica, e o procedente aumento da oferta de diversos tipos de procedimentos, foi necessária, a ampliação de investimentos que pudessem propiciar a expansão do acesso aos níveis secundário e terciário de atenção.

### **3.1.3.1. Financiamento da saúde bucal para Atenção Primária**

Em 2005 algumas ações foram executadas, na perspectiva de garantir legitimidade à PNSB, a saber: o reajuste de 20% no valor do incentivo de implantação repassado para as ESB, além da determinação do financiamento para o CEO e próteses dentárias. Em termos de valores transferidos para a atenção primária à saúde bucal, estes foram de 81,5 milhões em 2003, e chegaram a 364,3 milhões em 2006. Ainda em março de 2006, a Portaria GM/MS nº 650 de 28 de março de 2006 reajustou o incentivo adicional das ESB (modalidades I e II) para R\$7.000,00, entendendo-o como um recurso destinado a investimentos nas UBS e à realização do Curso Introdutório (BRASIL, 2006). As ESB receberam o último reajuste por meio da Portaria GM/MS nº 1.599, de 9 de julho de 2011, que definiu os valores do incentivo financeiro para Modalidade I, R\$ 2.100,00 a cada mês, por equipe; e modalidade II, R\$ 2.800,00 a cada mês, por equipe (BRASIL, 2011). Destaca-se que os incentivos financeiros de implantação das ESB tiveram um reajuste, no período de 2002 a 2011, de 140% para modalidade I e 240% para a modalidade II. Já os

recursos de custeio mensal, no mesmo período, foram reajustados em 94% e 110%, respectivamente.

Cabe destacar que o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e os gestores do SUS, em 2011, passaram a defender a qualificação da Atenção Básica, de maneira que ela se responsabilize pelo papel de coordenadora do cuidado integral em saúde e ordenadora das redes de atenção.

### **3.1.3.2. Financiamento da saúde bucal para Atenção Secundária**

Com o objetivo de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados foi criado pelo MS em 2004, os CEO, fundamentado em um modelo de política organizada por incentivo de custeio e implantação, com serviços especializados não ofertados anteriormente pelo SUS, com foco na reorientação das ações, vinculando a rede de atenção básica, a rede de serviços especializados (FERRAZ, 2008). São agregados ao processo de planejamento loco-regional e disponibilizam procedimentos odontológicos não ofertados na atenção básica, em consonância com a realidade epidemiológica local, garantindo a integralidade do atendimento à saúde (SALIBA et al., 2010; CHAVES et al., 2010).

Os CEO são estabelecimentos de saúde que estão preparados para ofertar a população no mínimo: a) Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca; b) Periodontia especializada; c) Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; d) Endodontia; e) Atendimento a portadores de necessidades especiais (BRASIL, 2006). O tratamento oferecido, seguindo o conceito de linha de cuidados progressivos, é uma continuidade do trabalho que deve ser realizado pela rede de atenção básica. Todos os CEO credenciados recebem recursos do MS, e a implantação funciona por meio de parceria entre estados, municípios e o governo federal, que dividem os recursos entre si (BRASIL, 2004b; MOYSÉS, 2008).

O financiamento dos CEO foi instituído pela Portaria GM/MS nº 600, de 23 de março de 2006, e em 2012 esses valores foram atualizados pela Portaria nº 1.341 e prevalecem até os dias atuais. Está previsto no componente limite financeiro do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade (MAC) e a transferência Fundo a Fundo deste recurso depende da Programação Pactuada e Integrada (PPI), cujas diretrizes estão dispostas na portaria GM/MS nº 1097 de 22 de maio de 2006, que define o processo da PPI e aponta seus objetivos e eixos orientadores (BRASIL, 2006). Em 2012, a implantação dos

CEO foi intensificada e de acordo com MS entre 2004 e 2012 foram implantados 943 CEO em 771 municípios brasileiros (BRASIL, 2013), quadruplicando o número de atendimentos especializados em saúde bucal na rede pública (BRASIL, 2010b).

Nesse contexto, diante da demanda pelo serviço de reabilitação protética e bucal, na perspectiva da assistência integral em saúde, o MS passou a financiar, desde 2005, o credenciamento dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias que são estabelecimentos que executam o serviço de prótese dentária total, prótese dentária parcial removível e/ou prótese coronária/intrarradiculares e fixas/adesivas. O Município com qualquer base populacional pode implantar o LRPD e não existe restrição quanto sua natureza jurídica, ficando a critério da Secretaria Municipal/Estadual de Saúde a escolha pelo estabelecimento próprio (público) ou contratar a prestação do serviço (privado) (BRASIL, 2013). Este recurso financeiro é repassado para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, no Teto Financeiro da MAC, após publicação em Portaria específica do MS. A produção do LRPD é acompanhada de acordo com as informações prestadas pelo município/estado através do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) (BRASIL, 2013).

No ano de 2012, foi atingido o número de 1.397 LRPD em funcionamento, distribuídos em 1.351 municípios e em 22 de fevereiro de 2013, foi publicada a Portaria GM/MS nº. 261 que institui o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-CEO), cujo objetivo era a qualificação e ampliação do acesso à atenção secundária em saúde bucal (BRASIL, 2013).

Cabe registrar que até então os serviços especializados de saúde bucal eram reduzidos quase que exclusivamente para aqueles que tinham recursos para comprarem os serviços na rede privada de saúde.

### **3.2. O Sistema Único de Saúde nos espaços de fronteira – onde a fronteira vai além do limite demarcatório.**

Fronteira é sinônimo de limite para o senso comum, vista tradicionalmente como um lugar sujeito à instabilidade e a possíveis conflitos militarizados. Em compensação, novas concepções reposicionam a fronteira, não como simples limite demarcatório, mas enquanto espaço de mútua convivência social (SILVA, 2011). No Brasil é caracterizada geograficamente por ser uma faixa de até 150 km de largura ao longo de 15.719 km da fronteira terrestre brasileira, abrangendo 11 Unidades da Federação e 588 municípios, o

que corresponde a 27% do território brasileiro, estimando-se uma população de dez milhões de habitantes.

O Brasil faz fronteira com dez países da América do Sul e busca a ocupação e a utilização da Faixa de Fronteira de forma compatível com sua importância territorial estratégica (BRANCO, 2013; LEMÕES, 2012; ALBUQUERQUE, 2012; PREUS, 2012; TORRECILHA, 2013). Em relação à fronteira com o Paraguai, envolve 1.366 km onde estão localizados 20 municípios brasileiros e na Argentina são 1.261 km com 38 municípios (BORBA, 2013; PREUSS, 2012). É tradicionalmente tratada como local de isolamento, e também se configura como uma região de baixo desenvolvimento socioeconômico e marcada por profundas iniquidades sociais (GADELHA; COSTA, 2007), que estão intimamente associadas com desigualdades na saúde das populações, pois grupos populacionais com piores condições de vida apresentam os piores indicadores de saúde (FISCHER et al., 2010).

A região de fronteira aponta ainda para um ambiente de fluxos e interações transfronteiriças que excedem os limites geográficos e territoriais, incrementando os riscos de doenças emergentes devido à mobilidade populacional nesta região (BRASIL, 2005). Entretanto, as diferentes características das políticas de saúde nessas áreas intensificam as diferenças sanitárias e epidemiológicas entre os países (DRAIBE, 2007). Alguns fatores são determinantes para os problemas nos serviços públicos de saúde, tais como: a fronteira aberta, a grande mobilidade humana, a falta de recursos e infraestrutura para assistência à saúde, condições de vida precária, modelos de gestão, diversidades culturais e desigualdades regionais (NETO, 2010).

Além disso, estudos apontam a existência de fortes evidências empíricas de que os serviços de saúde localizados em cidades fronteiriças no Brasil são amplamente utilizados por usuários brasileiros que residem nos países vizinhos (MELLO, 2013). Essa procura pelos serviços de saúde na fronteira, de certo modo, influencia a organização dos sistemas municipais de saúde. E, embora a busca por esses serviços de saúde seja uma realidade, verifica-se uma escassez de estudos sobre a saúde bucal compreendendo a faixa de fronteira brasileira (BONTEMPO; NOGUEIRA; GIMENEZ, 2013; GIOVANELLA et al., 2007; PEITER, 2005; MORENO, 2015).

Salienta-se ainda, a fragilidade no registro das informações quanto à procura e ao atendimento de usuários estrangeiros e brasileiros não residentes, observada em estudo

sobre saúde pública em vários municípios fronteiriços do Brasil (NOGUEIRA; DAL-PRÁ; FERMIANO, 2007).

A ausência de (novas) políticas públicas específicas nos municípios fronteiriços tem sido uma reclamação constante daqueles que estão na gestão das secretarias de saúde. Essas cidades acabam atendendo um fluxo de pessoas dos países vizinhos, especialmente nas fronteiras com Estados nacionais que não concretizaram direitos sociais básicos à população (ALBUQUERQUE, 2012). Portanto, é importante estudar essas regiões para melhor conhecer os obstáculos locais relacionados à integração, prospectar seus resultados negativos e subsidiar a formulação de políticas para a melhoria da vida e garantia de direitos sociais e de saúde da população fronteiriça (GIOVANELLA et al., 2007).

Somando-se às diferenças econômicas e sociais que caracterizam os países, a proximidade histórica e cultural e a contiguidade geográfica facilitam os fluxos migratórios. As diferentes possibilidades nos países de origem e destino, as condições macroeconômicas e o tamanho e alcance das redes sociais são motivos decisivos para a intensificação das migrações (MARQUES, 2009). Com predominância de fluxos dirigidos ao Brasil, a maior parte deles se relaciona aos serviços de saúde e, secundariamente, a serviços de educação (BRASIL, 2005). Quando analisado o atendimento no âmbito da saúde pública nas regiões de fronteira, surgem questões relacionadas ao direito à saúde, o qual se relaciona à nacionalidade e à cidadania social (GIOVANELLA et al., 2007).

Incontestavelmente, o SUS representou um grande avanço político social para o país (CARNUT; SILVA, 2012), no entanto, ainda faz-se necessário ampliar a sua capacidade de melhorar a equidade no acesso à saúde (COSTA, L. et al., 2013; HERKRATH et al., 2013; MACINKO; LIMA-COSTA, 2012), notadamente quando os padrões de desigualdades da população nacional se confundem com os padrões de países fronteiriços, desencadeando uma condição ainda mais importante para as questões da organização e acesso aos serviços de saúde nestas regiões (FISCHER et al., 2010).

### **3.3. A saúde bucal e os espaços fronteiriços**

De acordo com Cazola et al., (2011), brasileiros residentes no exterior procuram atendimento de saúde no Brasil em todos os níveis de atendimento, por exemplo, consulta médica, dispensação de medicamentos, imunização etc. De modo semelhante, nas fronteiras do Paraná com Argentina e Paraguai e de Mato Grosso do Sul com Paraguai, esta demanda é intensa, sendo frequente ou muito frequente em 80 a 90% dos municípios

de fronteiras (GIOVANELLA et al., 2007). Tal demanda é estimulada pela presença de áreas urbanas contíguas e próximas à fronteira, aliadas à liberdade de circulação da população entre os países sem a necessidade de autorização dos órgãos de imigração, fatores que viabilizam a busca de serviços de saúde gratuitos oferecidos pelo SUS (CAZOLA et al., 2011).

No Brasil, o perfil epidemiológico da saúde bucal é complexo e heterogêneo (ARANTES; SANTOS; FRAZÃO, 2010) e não é diferente, na faixa de fronteira. Sendo assim, os municípios de fronteira do Brasil, especificamente em relação à saúde, enfrentam obstáculos para a oferta da atenção integral aos seus cidadãos (GADELHA; COSTA, 2007).

Nesse contexto, estratégias específicas e culturalmente apropriadas precisam ser implementadas com o objetivo de reduzir a carga de doença bucal da população (BOURGEOIS; LLODRA, 2013). Assim, as ações em saúde devem ser articuladas, pensadas e executadas de forma intersetorial, pois é impossível admitir que medidas, unicamente no campo da saúde bucal, sejam suficientes à resolução das iniquidades na distribuição do processo saúde-doença bucal (MOREIRA; NICO; TOMITA, 2007).

Com a Constituição Federal do Brasil de 1988 e a criação do SUS, o acesso universal da população à assistência odontológica pública sem a exclusão de quaisquer grupos populacionais, foi garantido legalmente (MATTOS et al., 2014). Segundo Andrade et al., (2013), o levantamento epidemiológico nacional de saúde bucal realizado no Brasil, em 2010, mostrou desigualdades regionais na prevalência e gravidade da cárie dentária, bem como no acesso aos serviços odontológicos. Portanto, para a melhoria de acesso, especialmente das camadas de renda mais baixas no Brasil, aos serviços odontológicos do setor público (ANDRADE et al., 2013; PEREIRA, 2011), o MS incluiu as ESB no PSF, em 2000 (MATTOS et al., 2014), passando a partir de 2006, para Estratégia Saúde da Família, conforme citado anteriormente. Apesar do investimento em iniciativas como esta, a persistência das diferenças regionais causadas pelas desigualdades sociais, entre outros fatores, perpetua a iniquidade de acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil (CARNUT; SILVA, 2012). Mesmo com todo avanço recente, a saúde bucal do Brasil é insatisfatória e abaixo dos níveis aceitáveis e preconizados pela OMS, visto que grande parte da população adulta e idosa ainda sofre com sequelas das doenças orais (HERKRATH et al., 2013).

O SUS adota como política de financiamento das ações e serviços de saúde, valores per capita/ano, adicionados a outros incentivos governamentais. Em regiões que possuem

quadros marginais de saúde e inclusão social, os municípios têm recebido financiamento federal diferenciado para ações em saúde em relação às equipes instaladas em áreas com baixo risco social numa tentativa de induzir equidade no SUS. Por meio dessa medida, são contemplados municípios com população de até 50 mil habitantes nos estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais estados com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7. De modo igual, blocos financeiros de Saúde Indígena, Saúde Penitenciária e Compensação de Especificidades Regionais reforçam o caráter equitativo do financiamento na tentativa de inclusão social de grupos historicamente preteridos (CARNUT; SILVA, 2012).

Segundo Batista (2010), a desigualdade socioeconômica é característica relevante do contexto brasileiro com extensas consequências para a saúde, acarretando também a saúde bucal. A associação entre má condição bucal, pobreza e dificuldade de acesso aos serviços de saúde leva a população a uma condição penalizante que potencializa as desigualdades sociais e, complementarmente, acarreta para o Estado um gasto adicional direcionado ao tratamento de doenças bucais facilmente evitáveis (ARAÚJO, 2013).

Cabe ressaltar, que muitas doenças sistêmicas têm suas primeiras manifestações na boca e sofrem consequências da condição de saúde bucal do indivíduo, considerando a importância de que a saúde bucal seja compreendida como um componente integrante e indissociável da saúde geral, e que, portanto, afeta e é afetada pelos determinantes sociais da saúde (BUENO et al., 2014). As iniquidades em saúde bucal aparecem entre os temas de pesquisa prioritários (BOING et al., 2005) pela OMS, devido aos agravos em saúde bucal estarem associados, entre outros fatores, à renda, o que justifica a condição bucal precária de indivíduos pobres, com baixa escolaridade e menor inserção no mercado de trabalho (GUIOTOKU et al., 2012).

Nesse contexto, a população que fez parte dessa pesquisa obteve o direito de ser atendido nos serviços de odontologia do município em tela, por meio da Ação Civil Pública ajuizada na 1ª Vara Federal Civil de Foz do Iguaçu/PR (BRASIL, 2006a).

De acordo com essa ação:

A presente ação tem por objetivo específico fazer cessar os danos e riscos à vida dos cidadãos brasileiros residentes no Paraguai, vulgarmente conhecidos por brasiguaios, bem como dos estrangeiros em trânsito pelo Brasil e, em especial, por Foz do Iguaçu/PR, risco este decorrente da

negativa de atendimento pelo SUS ou, ao menos, da ausência de ressarcimento ao município pelo SUS dos atendimentos aqueles realizados no âmbito do sistema único de saúde local (BRASIL, 2006a).

Com início em 2011, um acordo específico permitiu que os imigrantes brasileiros e os seus descendentes residentes no Paraguai tenham acesso ao cartão SUS, mesmo residindo no território do país vizinho, por meio de um cadastro feito no Consulado do Brasil em Ciudad del Este (ALBUQUERQUE, 2012).

De acordo com Akerman et al., (2012), a produção de saúde provém de determinadas condições sócio-históricas, do jogo de conveniência que acontece entre sujeitos que disputam recursos, cuja apropriação pode favorecer ou não a distribuição equitativa, da qual resultam graus de acesso da população a bens e consumo para a reprodução da vida. De outra parte, os serviços de saúde e modos de organização da atenção dependem e são afetados diretamente por este entrançado jogo.

Nesse sentido os serviços de saúde, portanto, resultam da concepção de saúde, bem como, de interesses de atores que jogam o jogo da saúde. Assim, nenhum sistema ou serviço é reflexo imediato de necessidades da população incorporadas em distintos graus. Organização de serviços e saúde são, dessa maneira, espaços de disputa, de negação ou de afirmação de direitos e de necessidades (AKERMAN et al., 2012; FERREIRA; BUSS, 2002; OMS, 2008).

Portanto, identificar e entender os sistemas de saúde, principalmente como estão estruturados os serviços da saúde bucal dos países que integram a tríplice fronteira são de suma importância, propósito pelo qual os descrevemos de forma sucinta em seguida.

#### **3.4. Atenção à saúde bucal nos países fronteiriços**

Na Argentina o Sistema de Saúde é formado por três subsetores: a) o público, cuja gestão é do Ministério de Salud de la Nación, que financia a saúde de cada ministério provincial que faz a provisão de recursos para os municípios; b) o setor da seguridade social que financia serviços prestados por médicos contratados e instituições privadas sendo responsável pela cobertura de 47% da população, garantindo a prestação através de prestadores privados ou de hospitais públicos; c) o setor responsável pelos aposentados e pensionistas, o Programa de Atención Médica Integral (PAMI). E ainda o sistema

totalmente privado, a medicina pré-paga, com aproximadamente 250 empresas estabelecidas (CONILL, 2012).

O setor público dispõe de uma rede própria de hospitais e centros de saúde. A maior parte do financiamento e da prestação de serviços está a cargo das províncias e dos municípios, e o Ministério da Saúde se responsabiliza pelas atribuições relacionadas à normatização e regulação. As políticas de atenção primária englobam: distribuição de medicamentos, saúde materno-infantil, médicos comunitários para ações essencialmente de promoção e prevenção no nível local, com algumas experiências mais relevantes executadas por municípios (CONILL, 2012). O sistema continua basicamente voltado para a atenção médica curativa e centrado na instituição hospitalar.

Em relação aos serviços de odontologia, Puerto Iguazú, que possui uma população de aproximadamente 80 mil habitantes, conta com três consultórios odontológicos na rede pública em toda a cidade. Sendo que um consultório funciona no Hospital Público de Autogestão - Marta Teodora Schwartz e os dois outros pertencem ao serviço público, cuja gestão é do Ministério Público. No atendimento hospitalar trabalham 2 CD de segunda à sexta-feira (8h00 as 12h00 e 14h00 as 17h00). São atendidos adultos e crianças e são realizados procedimentos básicos como: exodontias, restaurações, aplicação de flúor, tratamentos gengivais, atendimento a pacientes com necessidades especiais (equipe multiprofissional), cirurgia de 3º molar e dentes retidos. São atendidos diariamente cerca de 6 pacientes e 2 a 3 emergências, sendo que a preferência no atendimento é para os que são assegurados, ou seja, pagam uma mensalidade. A manutenção dos equipamentos é realizada em Posadas (capital da província de Misiones) e quando isso acontece afeta diretamente o atendimento que passa a ser restrito a exodontias, ou seja, extrações. Cabe ressaltar, que esses profissionais não trabalham com ASB, vez ou outra tem ajuda de auxiliares de enfermagem apenas para lavagem dos instrumentais. Em relação à esterilização a mesma é realizada em conjunto com o hospital. Desenvolvem também ações de promoção e prevenção de saúde bucal em escolas, com visitas bimestrais na rede escolar. Destacamos que as visitas são pagas através de convênio (PORTERRIEU, 2017).

Os procedimentos de alta complexidade são encaminhados para Posadas. A prefeitura (municipalidade) não possui nenhum serviço de odontologia de alta complexidade disponível à população. De acordo com informações verbais da recepção do hospital quase nunca se consegue vagas para os que não são assegurados, e os mesmos normalmente buscam esse atendimento em clínicas populares no município de Foz do

Iguaçu. Há uma demanda reprimida no Hospital e diariamente chegam em média 40 pessoas para 6 vagas. Segundo o coordenador é cobrado uma taxa de atendimento irrisória para os turistas.

Quanto aos demais consultórios odontológicos, salientamos que um deles foi inaugurado no dia 05/12/2017(CVI Notícias, 2017), e está localizado no Centro Integrado Comunitário, na Rua Antártida Argentina, bairro São Lucas. De acordo com o referido Jornal, o atendimento será das 08h00 as 12h00 (segundas às sextas-feiras) e totalmente gratuito. São realizados procedimentos básicos como restaurações, exodontias e aplicação de flúor. Em relação ao outro consultório (Sala de saúde pública) o mesmo fica localizado na Rua Pancho Ramirez, bairro Bellen. O atendimento é das 8h00 as 12h00 (segundas, quartas e sextas) e das 14h00 as 20h00 (terças e quintas-feiras). O atendimento também é gratuito e são atendidos em média 05 pacientes mais as urgências. Os profissionais são contratados pelo estado, ou seja, pela província de Misiones. Importante destacar que tentamos contato com os demais profissionais, mas não obtivemos sucesso (PORTERRIEU, 2017).

Em relação ao Paraguai, os subsetores do sistema de saúde compreendem: público estatal, público não estatal, sistema privado e sistema misto. Todos eles convivem com diferentes modalidades de financiamento, filiação e provisão de recursos, contudo, sem desintegração no interior de cada subsistema (FERREIRA, 2015). O sistema público estatal compreende o Ministério de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) e ainda, o setor de assistência aos militares, a polícia e a marinha. O Instituto de Previsão Social (IPS) atua como agente de seguridade social para o setor do mercado de trabalho formal do Paraguai. É financiado pelas contribuições de empregados e empregadores que variam segundo o tipo de emprego e o período de ingresso no sistema. Abrange os trabalhadores formais tanto do setor público quanto do privado e cobre 16% da população paraguaia (FERREIRA, 2015).

O setor misto é formado pela Cruz Vermelha Paraguaia, financiada pelo Ministério da Saúde e de uma fundação privada sem fins lucrativos. O setor privado cobre 7% da população e atua de variadas formas, como pequenos fundos de poupança, cooperativas de saúde, seguros para grupos particulares e seguros privados, organizações sem fins lucrativos que compreendem a medicina pré-paga além dos provedores privados (FERREIRA, 2015).

Com a troca de governo a partir de 2008, a atenção primária passava por um processo para se tornar efetivamente a porta de entrada e ordenadora de um sistema integral de saúde (BURSZTYN et. al., 2010). Dessa forma, percebem-se avanços jurídicos gradativos com a gratuidade no acesso e implantação de Unidades de Atención a La Familia como porta de entrada do sistema público. Porém, estima-se que 40% da população ainda permanece sem cobertura, apenas 13,9% tem seguro público (IPS) e o gasto público continua muito baixo (CONILL, 2012).

Os serviços de odontologia no Paraguai são gerenciados pelo MSPBS. Para melhor administração, os serviços de saúde foram divididos em regiões sanitárias. A 10ª Região Sanitária é responsável pela organização dos serviços de saúde do Alto Paraná e sob gestão do departamento de saúde bucodental estão os serviços de odontologia. Conta com 22 Distritos Sanitários, dos quais 04 não possuem cobertura odontológica. Os serviços ofertados são totalmente gratuitos para toda população. Contam com 50 cirurgiões-dentistas, sendo 39 com vínculo direto com o MSPBS (22 CD são nomeados e 17CD são contratados) os outros 11CD estão ligados diretamente com os municípios e conselhos de saúde de cada distrito sanitário. Possuem 4 Unidades de Saúde da Família (USF), com um cirurgião dentista em cada uma, a saber: USF Yguazú Centro, USF mallorquin, USF Los Cedrales e USF Santa Rita Centro. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de uma área delimitada, adscrita, onde devem realizar ações curativas, bem como de promoção e prevenção da saúde bucodental. Dentre os procedimentos curativos destacam-se: obturações, inativação de cárie, endodontias, periodontias, próteses, cirurgia buco maxilo-facial, exodontias, ortodontia e suturas; nos procedimentos preventivos são desenvolvidas ações como: selantes, palestras, flúor e escovação. Vale destacar, que os profissionais que não estão lotados nas USF, atendem áreas bem menores, e possuem carga horária e salário também inferiores (STUMPFS, 2017).

De acordo com o protocolo estabelecido pelo departamento da saúde bucodental alguns programas devem ser desenvolvidos, tais como: “Salvar o primeiro molar” – programa realizado nas escolas, “ Paraguai sorrindo”– próteses odontológicas, e “ Voltar a sorrir”- para pacientes com malformação no palato. Os pacientes que possuem alguma disfunção dental são encaminhados para a unidade de saúde mais próxima. Ressalta-se que não existe atendimento 24 horas disponível. A procura pelos serviços de odontologia pelos brasileiros acontece mais em áreas onde vivem os colonos brasiguaios (STUMPFS, 2017).

Outra instituição que presta serviço odontológico dentre outros é o IPS. Porém, a oferta nesta instituição é feita somente para contribuintes como já mencionado anteriormente. Realizam serviços básicos em odontologia e quando se necessita de um procedimento mais especializado como, por exemplo, tratamento endodôntico, é feita a orientação para procurar em consultórios particulares (STUMPFS, 2017).

A partir do momento que se conhece os sistemas de saúde dos países da tríplice fronteira pode-se antever porque os brasileiros que residem nos países vizinhos ao Brasil retornam ao seu país de origem em busca de cuidados por saúde, pois presume-se ser aquele com assistência mais abrangente e de menor custo ao indivíduo. Contudo, é necessário compreender se a forma como a atenção primária ocorre limita o acesso da população em estudo.

## **4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **4.1. Tipo de pesquisa**

Para caracterizar a população de estrangeiros e brasileiros residentes em países de fronteira com o município de Foz do Iguaçu-PR, que busca assistência odontológica no SUS deste município, propôs-se realizar uma pesquisa descritiva, documental e de abordagem quantitativa. Como pesquisa descritiva, o seu objetivo primordial é estudar e descrever as características de determinada população ou fenômeno, e ainda estabelecer relações entre variáveis estudadas, tais como: idade, sexo, procedência. Pode ser entendida também como aquela que observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los. Além disso, procura descobrir, com a maior precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com os outros, sua natureza e suas características (GIL, 2010).

Em relação às fontes de dados, trata-se de estudo documental que utiliza fundamentalmente materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa (BOAVENTURA, 2004; GIL, 2010).

A abordagem escolhida foi à quantitativa, uma vez que este tipo de método tem fundamento teórico e caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento dessas através de técnicas estatísticas, desde as mais simples até as mais complexas (RICHARDSON, 2008).

Para Kirschbaum (2013, p.181),

“Os estudos quantitativos calcam-se sobre a dedução de hipóteses oriundas da teoria estabelecida. Dessa forma, o material coletado deve ser mensurado e condensado em variáveis. A comparação da variação das variáveis de interesse permite ao pesquisador o estabelecimento de leis gerais sobre o comportamento social”.

Estabelece ainda, comportamentos que podem ser mensurados através de números, e o questionário tem sido o instrumento preferencial, na quantificação de fenômenos para análises posteriores (RODRIGUES; MONTEIRO; MELO 2013).

### **4.2. Campo de pesquisa**

A pesquisa foi realizada no município de Foz do Iguaçu - PR. A cidade limita-se ao norte com o município de Itaipulândia, ao sul com Puerto Iguazú (Argentina), a leste com

os municípios de Santa Terezinha de Itaipu e São Miguel do Iguazu e a oeste com Ciudad del Este (Paraguai). Ligando Foz do Iguazu a Ciudad del Este no Paraguai, temos a Ponte da Amizade e a Puerto Iguazú, na Argentina, temos a Ponte Tancredo Neves. A cidade encontra-se no extremo oeste do Estado do Paraná, a 637 km de Curitiba (capital) e a 731 km de Paranaguá (localizada a extremo leste do Estado) (FOZ DO IGUAÇU, 2013).

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a população estimada para o município de Foz do Iguazu, em 2015, foi de 263.782 habitantes, distribuídos em uma área territorial de 618,352 km<sup>2</sup> (IBGE, 2015).

Foz do Iguazu atualmente usufrui das vantagens de sua localização estratégica no contexto do MERCOSUL. A expansão de cursos superiores na cidade, presenciada nos últimos anos, bem como o fator de atração de estudantes e profissionais especializados, assegura também a consolidação do município como polo tecnológico de referência internacional, estabelecendo novas oportunidades para a economia local (FOZ DO IGUAÇU, 2010).

Essa consolidação como pólo especial da região, se dá devido ao crescimento ocorrido no setor terciário e à própria especialização desses serviços, dentre eles o turismo de lazer e de eventos, projetado nacional e internacionalmente, e a implantação do Parque Tecnológico Itaipu, com gestão do ITAI – Instituto de Tecnologia em Automação e Informática (FOZ DO IGUAÇU, 2013).

Quanto aos recursos humanos que atendem a população usuária dos serviços de odontologia no SUS, trabalham na Secretaria Municipal da Saúde (SMSA): 54 Cirurgiões Dentistas, 09 Técnicos em Saúde Bucal, 48 Auxiliares em Saúde Bucal, 01 Técnico em Prótese Dentária (TPD) e 01 Auxiliar em Prótese Dentária (APD) distribuídos nos níveis de atenção primária, secundária e terciária conforme o quadro a seguir.

**Quadro 1. Profissionais da Saúde Bucal do Município de Foz do Iguazu – 2018.**

<b>Descrição</b>	<b>Atenção Primária</b>	<b>Atenção Secundária</b>	<b>Atenção Terciária</b>	<b>Total</b>
<b>Cirurgião Dentista (40horas semanais)</b>	19	03 CEO		22
<b>Cirurgião Dentista (20horas semanais)</b>	23	06 CEO 01 UPA		30
<b>Cirurgião Dentista (contratado)</b>			02	02

<b>Técnico em Saúde Bucal</b>	04	03 CEO 02 UPA		09
<b>Auxiliar em Saúde Bucal</b>	46	02 CEO		48
<b>Técnico em Prótese Dentária</b>		01		01
<b>Auxiliar de Prótese Dentária</b>		01		01

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde, Divisão de Saúde Bucal, Foz do Iguaçu. 2018.

Considerando o cenário apresentado, a investigação foi realizada nos serviços de atendimento odontológicos da UBS Jardim América e CEO, que correspondem respectivamente aos níveis de atenção primária e secundária em saúde, sob gestão da Secretaria Municipal da Saúde do município de Foz do Iguaçu - PR.

A UBS Jardim América atende a população adscrita de 17 bairros, aproximadamente 15.000 pessoas e a população de brasileiros que residem nos países fronteiriços, dos quais não existem dados exatos. De acordo com a produção da UBS, atende uma média de 120 consultas por dia em consultas médicas, e de 30 atendimentos de odontologia. Realiza ações de promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças. São ofertados serviços de clínica médica, ginecologia e obstetrícia, pediatria, odontologia adultos/crianças, programas para os ciclos de vida: imunização, planejamento familiar, puericultura, encaminhamentos para os serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento (SADT), programa de controle e monitoramento para hipertensos e diabéticos (HIPERDIA), coleta de citopatológico de colo uterino, prevenção do câncer de mama (encaminhamento para a mamografia de rastreamento), procedimentos médicos, odontológicos, e de enfermagem.

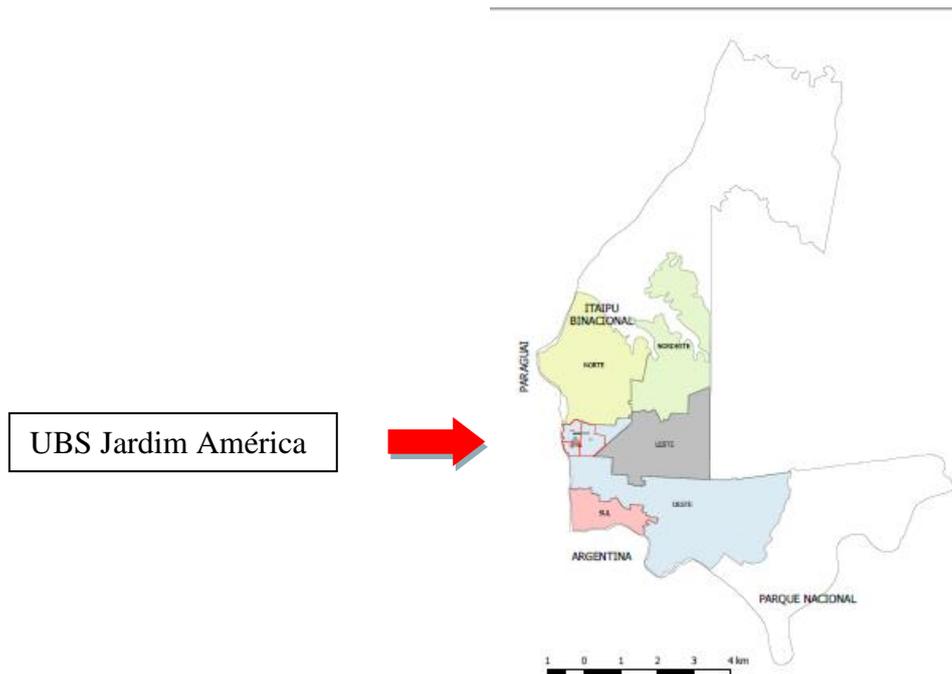
O horário de funcionamento é das sete às dezoito e trinta horas, de segundas as quintas feiras e das sete às dezoito horas nas sextas feiras, e conta com uma equipe de 31 profissionais distribuídos em dois turnos de trabalho, sendo 07 agentes comunitários de saúde, 04 recepcionistas, 07 médicos (04 clínicos gerais, 01 ginecologista-obstetra, 02 pediatra), 04 técnicos de enfermagem, 03 auxiliares de enfermagem, 01 enfermeira, 01 estagiária (apoio a recepção), 01 assistente administrativo, 01 gerente de enfermagem, 02 auxiliares de serviços gerais.

Em relação ao atendimento odontológico conta com 03 cirurgiões dentistas, e 02 auxiliares em saúde bucal (no momento 01 de licença prêmio), que desenvolvem ações de

promoção da saúde, prevenção de agravos, proteção e recuperação da saúde bucal. A UBS caracteriza-se por atender uma população sem a necessidade de ser adstrita, possibilitando o atendimento de pessoas que não residem em uma área delimitada.

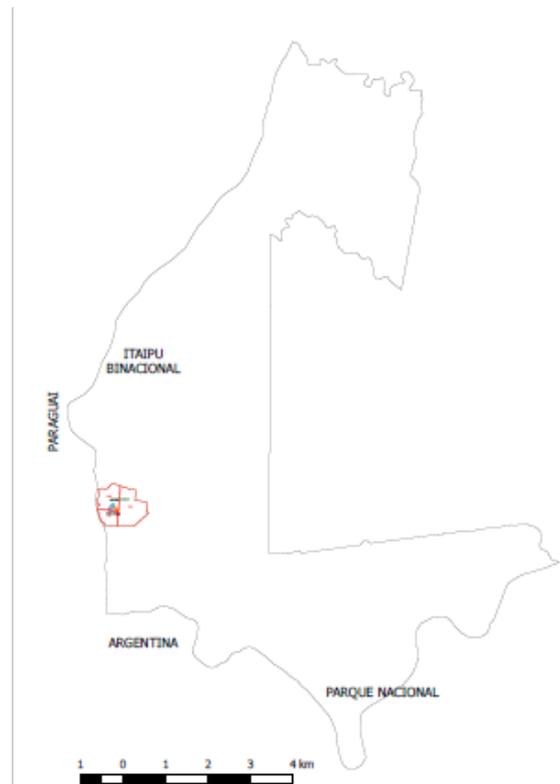
As figuras nº 1 e 2 apresentam a localização da UBS Jardim América, no contexto do município de Foz do Iguaçu.

Figura 1. Distritos Sanitários do município de Foz do Iguaçu. Foz do Iguaçu, 2018.



Fonte: Geoprocessamento do Centro de Controle de Zoonoses. PMFI. 2018.

Figura 2. Unidade de saúde de atendimento da população em estudo. Foz do Iguaçu, 2018.



Fonte: Geoprocessamento do Centro de Controle de Zoonoses. PMFI. 2018.

No segundo nível de atenção à saúde ou na atenção especializada, os usuários do SUS têm à disposição os CEO que são estabelecimentos de saúde bucal, inscritos no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), classificados como clínica especializada / ambulatório de especialidades que oferece serviços de odontologia gratuitos à população e prestam serviços de média complexidade em saúde bucal, tendo como objetivo garantir a referência e contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica. Esses serviços complementam o trabalho das ESB, responsáveis pelo primeiro atendimento, pela coordenação dos cuidados e acompanhamento dos usuários.

O CEO do município de Foz do Iguaçu foi habilitado por meio da Portaria 1.857/GM de 11 de outubro de 2005, inicialmente como CEO Tipo 2 e passando para CEO tipo 3 em 25 de agosto de 2006, através da Portaria nº1995/GM. Oferece os serviços de endodontia, cirurgia buco-maxilo-facial, prótese (clínica e laboratório), disfunção temporomandibular, portadores de necessidades especiais, periodontia e ortodontia e ortopedia

funcional dos maxilares. Possui cinco salas clínicas com 07 cadeiras odontológicas e 16 profissionais: CD, TSB e ASB.

A escolha dos serviços de saúde que compuseram os campos de pesquisa deve-se aos fatos: A) UBS Jardim América por ser local de referência, estabelecido pela gestão da saúde do município para o atendimento da população flutuante de brasileiros residentes nos países vizinhos (Paraguai e Argentina), de acordo com a minuta de ofício de 16 de junho de 2008 (ANEXO I). Ressalta-se que a referida unidade de saúde foi construída com os recursos do SIS-Fronteira e está localizada mais próximo a fronteira seca (ponte da Amizade) com o Paraguai. B) O CEO é o local de referência em odontologia que também recebe a população de brasileiros e estrangeiros residentes nos países vizinhos.

#### **4.3. População e amostra**

A população dessa pesquisa foi composta de todos os prontuários (ANEXO II) de estrangeiros e brasileiros residentes em países vizinhos (Paraguai e Argentina), que foram atendidos nos serviços de odontologia da UBS Jardim América e CEO no período de 2010 a 2015. A amostra totalizou 503 prontuários na UBS e 248 no CEO.

Critérios de inclusão: Prontuários odontológicos de residentes dos países que fazem fronteira com o município de Foz do Iguaçu-PR; ter sido atendido pelo serviço de odontologia na UBS Jardim América ou CEO no período de 2010 a 2015.

Critérios de exclusão para a coleta documental: prontuários odontológicos de residentes em Foz do Iguaçu e fora do período proposto para pesquisa.

#### **4.4. Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada nos meses de maio e junho de 2017 nos serviços de odontologia da UBS Jardim América e CEO. A escolha da data inicial se deve ao fato de ter sido este o ano de início do serviço odontológico nesta unidade. A pesquisa teve como fonte documentos institucionais (prontuários odontológicos) de usuários estrangeiros e brasileiros não residentes no município de Foz do Iguaçu-PR, disponibilizados nas respectivas unidades de saúde. O levantamento dos dados nos prontuários foi realizado a partir de uma planilha elaborada pela pesquisadora (APÊNDICE I). Com base na estrutura dos prontuários, os dados coletados são referentes: a) condições sociodemográficas; b) histórico de atendimento odontológico na atenção básica; c) história odontológica em

média complexidade; d) história médica; e) história odontológica e, f) história odontológica – pacientes com até 5 anos de idade.

#### **4.5. Organização e análise dos dados**

Para produzir a elaboração dos resultados, os dados coletados dos prontuários odontológicos foram digitados em planilha do Excel®. Para análise estatística dos dados foi utilizado o software estatístico BioEstat 5.3 (AYRES et al., 2007), gratuito, desenvolvido no Departamento de Estatística da Universidade Federal do Pará no Brasil e foram analisados por meio de estatística descritiva simples.

#### **Questões éticas**

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa (CEP) com seres humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, respeitando a Resolução 466/2012 (CNS, 2012), conforme parecer nº 1.872.665 (ANEXO III).

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Compreender as tendências de distribuição da população de acordo com perfil sociodemográfico é de fundamental importância no processo de delineamento e elaboração de políticas voltadas para o atendimento das demandas sociais. A análise dos documentos institucionais (prontuários odontológicos) previstos na metodologia deste estudo substanciou os resultados encontrados. A coleta e organização dos dados possibilitaram a investigação do atendimento odontológico prestado na atenção básica (UBS Jardim América) e na atenção secundária (CEO) de usuários brasileiros residentes nos países vizinhos, Paraguai e Argentina, bem como dos estrangeiros atendidos no período analisado.

Conforme descrito na seção dos procedimentos metodológicos, dentre todos os prontuários da referida UBS foram selecionados 752 que se enquadravam nas características da metodologia desta pesquisa, sendo que um foi excluído por inconsistência de informação. Para efeito da pesquisa foram utilizados 751 prontuários e as variáveis observadas foram: a) sociodemográficas (sexo; idade ao primeiro atendimento, profissão, país de origem); b) histórico de atendimento na UBS Jardim América (queixa principal, data da primeira consulta, número de atendimentos subsequentes, tratamento programado restaurador, tratamento programado cirúrgico, tratamento programado controle de placa e cálculo, encaminhamento para o CEO, se urgência ou não); e c) histórico de atendimento no CEO (encaminhamentos por especialidades, distribuição percentual de procedimentos nas especialidades de periodontia, endodontia, cirurgia, disfunção temporo-mandibular, prótese e tratamento restaurador e/ou Rx).

### **5.1. Histórico de Atendimento Odontológico na Atenção Básica**

O MS através da Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 define a Atenção Básica como sendo: “o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária” é ainda o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. É

imprescindível, no entanto, que seja garantido o acesso dos usuários aos serviços de média e alta complexidade, assegurando, portanto, a integralidade da atenção (BRASIL, 2017).

A organização da demanda de um serviço local de saúde tem como propósito priorizar o acesso dos usuários ao SUS pela UBS ou pela Equipe de Saúde da Família (LAVRAS, 2011). Os encaminhamentos devem estar respaldados em critérios pactuados com a equipe de saúde, objetivando a diminuição do tempo de espera por consulta e de filas, economia de recursos, melhoria e otimização na qualidade do serviço.

Verifica-se que 64,85% dos usuários que procuraram o atendimento odontológico são do sexo feminino em relação a 35,15% do sexo masculino. A preponderância de mulheres atendidas destaca seu papel no cuidado com a família.

Tabela 1. Caracterização sóciodemográfica dos usuários do serviço de odontologia na UBS Jardim América, brasileiros e estrangeiros não residentes em Foz do Iguaçu segundo sexo e nacionalidade. Foz do Iguaçu, (2010 – 2015).

Variável	Categorias	n	%
Sexo	F	487	64,85
	M	264	35,15
Nacionalidade	Brasiguaió	741	98,67
	Estrangeiros	10	1,33

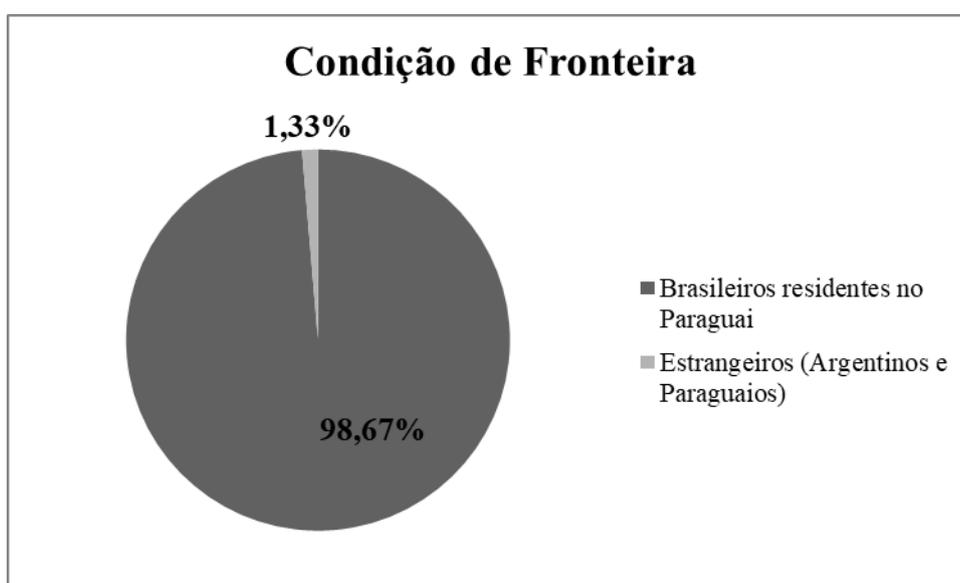
Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Santiago et al. (2013), na cidade de Recife, e em outro estudo sobre “Avaliação dos atendimentos endodônticos em um CEO” realizado em Porto Alegre (RS), em que 70,20 % dos usuários eram do sexo feminino (DÖRR; GRECCA; DO AMARAL GIORDANI, 2016), corroborando com os achados de Chaves et al. (2012), com 68,10% na cidade de Salvador. Os aspectos relacionados à maior utilização dos serviços pelas mulheres se justificam, segundo alguns autores, pela maior percepção em relação ao cuidado com sua saúde (FERRAZ 2008; LIMA, CABRAL e VASCONCELOS, 2010; PINHEIRO, 2006) quando comparado aos homens. Essa diferença também foi evidenciada na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) que destacou que as mulheres são mais aplicadas nos cuidados com os dentes: 47,30% das brasileiras disseram terem ido ao dentista uma vez nos 12 meses anteriores, ante 41,30% dos homens. Na questão da higiene bucal: 91,50% do público feminino responderam que

escovam os dentes duas vezes ao dia, ao passo que a taxa foi de 86,50% no masculino (IBGE, 2013).

Quando a análise dos dados recai na nacionalidade dos usuários pesquisados, observou-se que dentre os 751 usuários analisados (Tabela 1) que buscaram os serviços odontológicos na UBS Jardim América, 98,67% são brasileiros residentes no Paraguai e apenas 1,33% são estrangeiros (Figura 3).

Figura 3. Distribuição de usuários brasileiros e estrangeiros (argentinos e paraguaios) não residentes em Foz do Iguaçu, da UBS JD América. Foz do Iguaçu, 2018.



Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Na fronteira de Foz do Iguaçu com o Paraguai e a Argentina, situa-se uma heterogeneidade de sujeitos que organizam suas vidas e os processos sociais dela decorrentes, dando vida ao cotidiano da fronteira. Feito esta constatação, a circulação de pessoas na fronteira entre Foz do Iguaçu e Ciudad del Este é mais intensa quando comparada à fronteira com Puerto Iguazú. Essa dinamicidade da vida na fronteira sistematiza os espaços da cidade criando os diferentes componentes populacionais, nos quais se pode identificar os brasiguaios, cidadãos brasileiros residentes e domiciliados no lado Paraguaio da fronteira (SILVA, 2006).

Astorga (2004) aponta que os brasiguaios buscam incessantemente por acesso a ações e serviços não apenas do setor saúde, mas que influenciam o processo saúde/doença, buscando assegurar o pleno exercício do direito à saúde.

Segundo Wagner (2003), a origem dos brasiguaios volta ao final dos anos 1960, quando tanto o governo brasileiro quanto o paraguaio assumiram o compromisso de efetivar os planos de desenvolvimento pensados para ambos os países, criando, portanto, condições para o surgimento deste novo segmento populacional. Para esse autor, esses foram os reais interesses que criaram, num passado brasileiro recente, um plano de deslocamento para os agricultores brasileiros que, expulsos do campo no Brasil devido à substituição da mão de obra do homem pela modernização dos maquinários agrícolas, mudaram para o Paraguai e, dessa forma, nasciam os brasiguaios. Organizados em sua maioria por brasileiros oriundos dos Estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e de algumas cidades do Paraná, passaram a ser denominados de “brasiguaios” pelo povo paraguaio e também pelos iguaçuenses.

Nesse sentido, os brasiguaios são brasileiros que instigados pelos presidentes do Brasil e Paraguai deslocaram-se para aquele país em busca de melhores condições de vida, de trabalho e de propriedade de terra (SILVA, 2006). Entretanto, ainda enfrentam dificuldades em relação à atenção integral, consequência da insuficiente regulamentação para o atendimento a esses usuários, dificultando garantir e promover tratamentos continuados e principalmente serviços de atenção secundária e terciária (AZEVEDO, 2015) fato esse que foi evidenciado nas variáveis “pendência e abandono” que serão discutidas adiante.

Neste estudo, os dados referentes ao primeiro atendimento odontológico são apresentados na tabela 2 e ocorreram predominante na faixa etária de 15 a 19 anos, com 12,12% dos usuários, seguido de 11,58% com 10 a 14 anos.

Conforme apresentado no referencial teórico o MS realizou em 2010 um levantamento epidemiológico intitulado “SB Brasil 2010”, que evidenciou uma redução no componente “cariado” de 35,00% (de 2,60 dentes em 2003 para 1,70 dentes em 2010) relativos à faixa etária de 15 a 19 anos (BRASIL, 2010). A pesquisa destaca ainda a incipiente frequência na procura por esses serviços nas faixas etárias de 55 a 59 anos, que foi de 3,86% e acima de 60 anos de 4,39%.

Tabela 2. Caracterização sóciodemográfica dos usuários do serviço de odontologia na UBS Jardim América, brasileiros e estrangeiros não residentes em Foz do Iguaçu segundo idade. Foz do Iguaçu, (2010 – 2015).

<b>Idade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
0-4	72	9,59
5-9	69	9,19
10-14	87	11,58
15-19	91	12,12
20-24	61	8,12
25-29	53	7,06
30-34	56	7,46
35-39	54	7,19
40-44	59	7,86
45-49	32	4,26
50-54	55	7,32
55-59	29	3,86
acima de 60	33	4,39
<b>Total</b>	<b>751</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Buscando um equilíbrio físico-psíquico-social, o adolescente apresenta comportamentos extremos, ora acentuando suas atitudes positivas, ora mostrando-se negligente com seus cuidados à saúde. Essa fase é tida como um período de risco aumentado à cárie dentária, em decorrência do precário controle do biofilme e da diminuição dos cuidados com a escovação. Entretanto, esse período é fundamental na atenção à saúde, uma vez que é estabelecido todo um aprendizado ligado a condutas e comportamentos futuros, de forma que essa é também uma fase propícia ao desenvolvimento de um estilo de vida saudável a partir da consolidação de uma mentalidade de autocuidado de modo mais duradouro, em condições favoráveis (BARROS, 2007). Em geral, o adolescente não procura a UBS para resolver seus problemas. Todavia, quando envolve questões estéticas, o faz com maior facilidade. Estudo realizado no município de Canoas (RS) demonstrou que os indivíduos mais jovens, os sem rendimentos ou com baixa renda são usuários mais frequentes do serviço odontológico público (LISBÔA; ABEGG, 2006).

De acordo com o documento “Diretrizes para Atenção a Saúde Bucal” da Divisão de Saúde Bucal (DVSBU) da Secretaria Municipal da Saúde de Foz do Iguaçu são disponibilizadas diariamente de 3 a 4 “vagas do dia” por profissional para pronto

atendimento. Essa população de brasileiros e estrangeiros (paraguaios e argentinos) acessa rotineiramente o serviço por meio desse critério. Para conseguir a “vaga do dia” é necessário chegar muito cedo à UBS e, como não há garantia de atendimento, quando isso não acontece é preciso voltar outras vezes. E nesse interim, a população de adultos acaba por desistir do atendimento. Essa barreira burocrática provavelmente justifica o número tão baixo na procura pelo atendimento. Ainda segundo o documento e de acordo com Estatuto do Idoso (Lei Federal nº 10.741 de 01/10/2003) para a faixa etária de 0 a 14 anos, gestantes e idosos o acesso é prioritário e as consultas subsequentes são agendadas (atendimento programado), justificando a procura de 11,5% da população na faixa etária de 10 a 14 anos (Tabela 2).

Quanto ao baixo percentual de idosos na amostra (4,39%), deve ser considerado que no imaginário coletivo ainda existe a ideia de que esse grupo não necessita de assistência odontológica e é, em sua maioria, desdentada e usuária de dentaduras. A baixa frequência dos idosos nas unidades de saúde também foi visualizada em estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto (SP), onde 87,00% dos idosos não procuravam assistência odontológica com frequência, evidenciando ainda a falta de conhecimento e autopercepção sobre a necessidade de cuidados odontológicos que em muitos casos dificulta o acesso ao cirurgião-dentista (BULAGARELLI; MESTRINER; PINTO, 2012). Nesse sentido, a saúde bucal oferecida pelo SUS é instigada a atender o perfil epidemiológico da população adulta brasileira. A oferta de tratamento à referida faixa etária restringia-se apenas à extração dentária como já mencionado anteriormente. Os obstáculos de acesso ao atendimento odontológico se perpetuam e podem ser entendidos pela constante exclusão que essa faixa etária ainda experimenta (FONSECA; NEHMY; MOTA, 2015).

Os dados relativos às variáveis profissões/ocupações são apresentados na tabela 3 e destaca ausência do registro em 76,43% dos prontuários, ou seja, em 574 prontuários odontológicos essa variável não foi registrada. Cabe ressaltar, que os sub-registros inerentes à natureza dessa informação foi um fator limitante desta pesquisa.

Tabela 3. Caracterização sócio-demográfica dos usuários do serviço de odontologia na UBS Jardim América, brasileiros e estrangeiros não residentes em Foz do Iguaçu segundo ocupação. Foz do Iguaçu, (2010 – 2015).

Ocupação	N	%
Não identificado	574	76,43
NSA*	83	11,04
Do lar	31	4,12
Estudante	21	2,79
Agricultor	8	1,06
Emp. Doméstica	6	0,80
Construção/Pedreiro	4	0,53
Aposentado/a	3	0,40
Motorista	3	0,40
Caminhoneiro	2	0,27
Costureira	2	0,27
Cuidadora	2	0,27
Balconista	1	0,13
Cabeleireira	1	0,13
Comerciante	1	0,13
Garçom	1	0,13
Mecânico	1	0,13
Missionário	1	0,13
Op.de máquinas	1	0,13
Pastor	1	0,13
Religiosa	1	0,13
Serv. Gerais	1	0,13
Téc. Refrigeração	1	0,13
<b>Total</b>	<b>751</b>	<b>100</b>

\* Não se aplica

Fonte: Elaborado pela autora, 2018

Dentre as ocupações mais relatadas, 4,12% informaram ser “do lar” seguido de “estudante” 2,79% e “agricultor” com 1,06%. Esse resultado vem reforçar os dados anteriores (Tabela 1 e 2) com maior procura das mulheres e adolescentes pelos serviços odontológicos. A variável NSA com 11,04% está relacionada a crianças < de 1 a 5 anos de idade, não possuindo, portanto, nenhuma ocupação.

De acordo com Giovanella et al., (2007), 69% dos municípios fronteiriços não registram os atendimentos prestados a estrangeiros. Ainda em relação ao alto número de prontuários sem identificação da “ocupação” cabe ressaltar, que a Política Nacional de

Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), instituída pela Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, no seu IV objetivo destaca “que a saúde do trabalhador deve ser concebida como uma ação transversal, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todos os pontos e instâncias da rede de atenção”. [...] Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política. Além do que a PNSTT se equipara com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, levando em consideração a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2012b).

No entanto, para que ações de intervenção no processo saúde-doença relacionadas ao trabalho sejam desenvolvidas, é necessário que os serviços tenham acesso às informações sobre as atividades desenvolvidas pelos usuários para que, minimamente, possam estabelecer associações entre o trabalho e a situação de saúde de determinados grupos populacionais. Quando analisamos as diretrizes da PNSB, conforme já citada anteriormente, percebemos que ainda existe um distanciamento entre os pressupostos da referida política e a prática do serviço odontológico analisado neste estudo.

### 5.1.1. Procedimentos Odontológicos na Atenção Básica

Do total de 751 prontuários odontológicos pesquisados, 51,93% dos usuários atendidos realizaram tratamento restaurador e 18,11% passaram por algum tipo de procedimento cirúrgico, enquanto que 43,81% buscaram cuidados preventivos e periodontais (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição de procedimentos odontológicos da população do estudo na atenção básica. Foz do Iguaçu, 2018.

Variável	N	%
Tratamento programado restaurador	390	51,93
Tratamento subsequente na atenção básica	380	50,60
Tratamento programado controle de placa e raspagem supragengival	329	43,81
Encaminhamento para média complexidade	247	32,89

Tratamento programado cirúrgico	136	18,11
Tratamento concluído na atenção básica	125	16,64
Urgência	36	4,79

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Ressaltamos que a tabela 4 não totaliza 100% pois os usuários encaminhados para o CEO podem ter realizado mais de um procedimento na atenção primária.

Estudos anteriores relataram a existência de barreiras burocráticas que dificultavam o acesso ao SUS de estrangeiros e brasileiros não residentes no país e os obrigavam a recorrer a artifícios para acessar ao tratamento necessitado (GIOVANELLA et al., 2007).

Cabe ressaltar que ainda é difícil garantir o atendimento integral aos brasileiros (paraguaios e argentinos) e estrangeiros não residentes no município de Foz do Iguaçu. Após o primeiro atendimento realizado na UBS, a continuidade do tratamento muitas vezes não acontece. Esse problema foi apontado nos dados relacionados aos “atendimentos subsequentes”, que destaca que 50,60% voltaram uma ou mais vezes na unidade de saúde, ou seja, metade dos usuários atendidos. A pesquisa reforça essa informação uma vez que 96,14% buscaram a unidade para primeira consulta, mas apenas 16,78% retornaram o número de vezes necessárias até a conclusão de todo tratamento odontológico na UBS. Dentre os 751 usuários atendidos, 4,79% foram diagnosticados como atendimento de urgência e 32,89% necessitaram de atendimento em alguma especialidade no CEO.

Desta forma, este estudo revelou que 81,09% (n=609) dos usuários que foram atendidos na UBS não deram continuidade ao atendimento. Vale ressaltar, que após a conclusão do tratamento no CEO, o usuário deverá ser contrarreferenciado à atenção básica, para realização de atividades de promoção e proteção à saúde (BRASIL, 2008).

A integralidade do atendimento, na prática, se expressa na capacidade dos serviços para responder ao sofrimento manifesto que resultou na demanda espontânea, de um modo articulado à oferta relativa a ações ou procedimentos preventivos. Isso significa incluir no cotidiano de práticas, rotinas ou processos de busca sistemática daquelas necessidades mais silenciosas, posto que menos vinculadas à experiência individual do sofrimento. Para os serviços, isso significa criar dispositivos e adotar processos coletivos de trabalho que permitam ofertar, para além das ações demandadas pela própria população a partir de experiências individuais de sofrimento, ações voltadas para a prevenção (MATOS, 2004). Portanto, é de grande relevância que informações como acesso, demanda reprimida, faltas,

abandono de tratamento e resolutividade na atenção secundária, sejam avaliadas individualmente uma vez que estes dados podem refletir a qualidade da atenção básica na efetivação da integralidade, além do seu papel de coordenação do cuidado e acompanhamento longitudinal através da rede de serviços (BULGARELLI et al., 2013).

Nesse sentido, no que se refere à longitudinalidade da atenção, esta, é conceituada como “aporte regular de cuidados pela equipe de saúde. Compreende, ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre a equipe de saúde, indivíduos e família”. Poderia ser traduzida como o vínculo, a “relação mútua” entre o usuário e o profissional de saúde (BRASIL, 2006b). Portanto, observou-se em cada resultado encontrado no estudo em tela, que a população analisada, ainda não tem a continuidade tratamento e assim, ao que parece, os profissionais não criam o “vínculo” e não conseguem fazer a coordenação do cuidado, uma vez que esse usuário acaba não retornando a UBS logo que sua dor é amenizada.

### 5.1.2. Principais motivos de procura pelo atendimento odontológico na Atenção Básica

A situação problema da subnotificação de dados foi um fator limitante também na variável “queixa principal”. Do total de 751 prontuários odontológicos examinados 74,97% não apresentaram essa informação.

Tabela 5. Distribuição dos motivos que levaram a população do estudo a buscar os serviços de odontologia da UBS Jardim América. Foz do Iguaçu, 2018.

<b>Queixa principal</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não identificados	563	74,97
Avaliação/Consulta/Tratamento/Revisão/Limpeza	76	10,12
Dor	58	7,72
Cárie	17	2,26
Restauração/ Restauração fraturada	9	1,20
Desdentado/troca de Prótese	8	1,07
Dente fraturado/abalado	6	0,80
Problema periodontal	5	0,67
Extração	3	0,40
Lesão em Tecido Mole	3	0,40
Freio Lingual	2	0,27
Agnesia	1	0,13
<b>Total</b>	<b>751</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Elaborado pela autora, 2018

A condição para avaliação/consulta/tratamento/revisão/limpeza aparece como primeiro motivo de procura pelo atendimento odontológico com 10,12%, a condição “dor” foi motivo para 7,72% dos usuários; na sequência 2,26% “cárie dentária” e restauração/restauração fraturada aparece com 1,20%, enquanto problemas periodontais demandaram 0,67% dos serviços.

Durante a coleta de dados pode-se observar que os prontuários dos brasiguaios, são preenchidos com informações mínimas (nome, idade e a sigla PY, indicando residir no Paraguai), enquanto que os prontuários dos brasileiros residentes no município possuem informações adicionais. Foi observado que prontuários preenchidos por alguns profissionais têm registros de forma mais completa que outros, indicando que é possível qualificar a formação destes profissionais para aproximarem suas práticas neste serviço. Em estudos qualitativos, este achado poderia ser discutido com profundidade, pois pode indicar a discriminação que esta população sofre nos serviços, mesmo naqueles considerados de referência para estrangeiros.

A partir desta observação é importante destacar que a falta de informações, ou informações não confiáveis pode comprometer tanto a formulação de indicadores de saúde e estudos epidemiológicos quanto à implementação de medidas para melhorar o nível de vida da população (MASCARENHAS; GOMES, 2011). As informações contendo os dados da realidade populacional são importantes para subsidiar na organização das ações e serviços de saúde, uma vez que o planejamento cria a oportunidade de se compreender a realidade, os problemas e necessidades da população. Permite ainda uma análise desses problemas e a busca de propostas capazes de solucioná-los através de um plano de ação. Se faz necessário também a viabilização através de ações estratégicas com metas estabelecidas e a efetivação de um sistema de acompanhamento e avaliação (BRASIL, 2006b).

Nesse contexto, convém salientar que a população em estudo acaba deixando de receber cuidados em promoção de saúde, como é o caso da educação em saúde bucal que deve fornecer instrumentos para fortalecer a autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença e na condução de seus hábitos, cuja finalidade é difundir elementos, respeitar a cultura local, e contribuir com a autonomia dos sujeitos coletivos, tornando-os capazes de autogerenciar seus processos de saúde-doença, sua vida, com vistas à melhoria da sua qualidade de vida (BRASIL, 2006b). Assim poderíamos inferir que a ausência do registro do principal “motivo” que levou o usuário a buscar o serviço na UBS, dificulta

estabelecer qualquer diagnóstico situacional para o planejamento das ações; priorizar ações preventivas e de promoção de saúde; quantitativos necessários de recursos, tanto humanos como materiais. Entretanto, pode ser um indicativo de que os serviços de saúde de fato, não conseguem planejar as ações para a população transfronteiriça, uma vez que não existe viabilidade para monitorar o planejamento, já que não existem meios de acompanhar a população que não reside no território adscrito da UBS.

## **5.2. Histórico de Atendimento Odontológico na Atenção Secundária**

A atenção secundária é caracterizada pela oferta de ações mais especializadas e que exige dessa maneira, recursos humanos também especializados e equipamentos com mais sofisticação ou mais complexos. Podendo ainda ser ofertada no nível ambulatorial ou em uma unidade de saúde de médio ou grande porte, que possui profissionais especialistas e equipamentos condizentes com as especialidades, como é o caso dos CEO (COSTA, 2004).

A implantação dos CEO constitui uma estratégia relevante com vistas à integralidade da atenção no âmbito odontológico (CHAVES et al., 2010) e, os mesmos, devem ser avaliados visando a melhoria contínua da qualidade do serviço oferecido (LIMA et al. 2010).

Na dinâmica de encaminhamento para a média complexidade, o usuário necessita do formulário de referência-contrarreferência (ANEXO IV e V) fornecido pelo CD que atua na UBS. Este profissional fica responsável pela inscrição do usuário na central de marcação de consultas por meio eletrônico. No ato da inscrição, o usuário recebe um número de agendamento e uma senha para consultar sua posição na lista de espera para tratamento e é orientado a aguardar contato telefônico para a primeira consulta. É de responsabilidade de o usuário comunicar ao CEO ou a UBS qualquer alteração no seu número telefônico, devendo atualizar seu cadastro no site ou comunicar a central de consultas. Quando o contato telefônico é realizado até três vezes sem sucesso, o usuário passa para uma fila de “pendência” e a central de marcação fica aguardando o contato do usuário para então, dar sequência à marcação da consulta odontológica (DVSBU-Diretrizes, 2012).

Vale destacar que o inadequado encaminhamento e a falta de integração entre a atenção básica e atenção especializada afetam o funcionamento e a resolutividade dos serviços de saúde. Figueiredo (2008) reforça que as referências inadequadas encaminhadas

a atenção secundária são custos desnecessários, não obstante o efeito em listas de espera. É fundamental, portanto que somente aqueles usuários cujas referências estejam apropriadas sejam referenciados para o cuidado secundário. Para tanto, a realização frequente de reuniões de equipes, da atenção básica e média complexidade, em conjunto com o controle social para a definição de critérios legitimados por profissionais e usuários, pode contribuir para a revisão de métodos a serem observados para o encaminhamento adequado e ampliar a resolutividade dos serviços de atenção odontológica.

O contrarreferenciamento do usuário para a UBS é fator fundamental para a integralidade da atenção, entretanto foi observado nesta pesquisa que nem todos os cirurgiões dentistas do CEO preenchem a ficha encaminhando corretamente o usuário à UBS. Observou-se também que a referida ficha quando preenchida tanto na UBS quanto no CEO não possui todos os campos preenchidos, além do que, na UBS estavam arquivadas separadas das fichas clínicas (prontuários) dos usuários. A devolutiva dessa ficha para a UBS é feita via malote e de acordo com informações obtidas durante a coleta de dados, acaba demorando na maioria das vezes, interferindo no processo de finalização do tratamento, embora, como ponto positivo evita perdas ou desvios por parte do próprio usuário. É mister a conscientização dos profissionais sobre a contrarreferência, pois através desse retorno é possível realizar o controle, conclusão do tratamento e a manutenção da saúde bucal do paciente (MARTELLI, 2010; CHAVES et al., 2010; FERRAZ, 2008).

A Tabela 6 mostra a distribuição da população estudada que foi encaminhada à atenção de média complexidade, perfazendo um total de 32,89% em relação a população total do estudo (751).

Tabela 6. Distribuição dos encaminhamentos para média complexidade, segundo as especialidades disponibilizadas no CEO. Foz do Iguaçu, 2018.

<b>Encaminhamento Média Complexidade – CEO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Endodontia	97	39,11
Prótese	62	25,00
Buco Maxilo Facial	33	13,31
Periodontia	14	5,65
Buco Maxilo Facial + Endodontia	8	3,23
Raio x	8	3,23
DisfunçãoTemporo Mandibular	6	2,42
Endodontia +Periodontia	6	2,42
Endodontia+Raio x	4	1,61

Endodontia+Prótese	3	1,21
Ortodontia	3	1,21
Buco Maxilo Facial + Prótese	1	0,40
Buco Maxilo Facial + Raio x	1	0,40
Ortodontia+Raio x	1	0,40
<b>TOTAL</b>	<b>247</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Na análise da tabela 6, as especialidades com maior número de encaminhamentos da atenção básica foram a de Endodontia (47,77%), seguida da Prótese Dentária (26,72%), a Cirurgia Buco-Maxilo-Facial (17,41%) e a Periodontia com (8,10%).

Sendo a dor dentária o segundo motivo de busca por atenção odontológica conforme tabela 6, justifica-se a procura de 47,77% dos usuários para a especialidade de Endodontia, como a principal causa de busca pela média complexidade. Esse motivo também foi citado no estudo de Dörr; Grecca; Do Amaral Giordani, (2016) em Porto Alegre (RS). Segundo os autores a dor foi relatada durante as consultas para realização do tratamento endodôntico, em 26,00% dos casos.

No Brasil, em 2003, 60% das crianças de 5 anos de idade apresentam pelo menos um dente decíduo com cárie. Na dentição permanente, quase 70% das crianças de 12 anos e cerca de 90% dos adolescentes de 15 a 19 anos apresentam pelo menos um dente permanente com cárie. Entre adultos (35 a 44 anos) e idosos a média é de 20,10 dentes atacados pela cárie e de 27,80 dentes na faixa etária de 65 a 74 anos. Mais de 28,00% dos adultos e 75,00% dos idosos não possuem nenhum dente funcional em pelo menos uma arcada (BRASIL, 2003).

A lesão cariosa é considerada como manifestação clínica de uma infecção bacteriana. Isso ocorre por ocasião de vários fatores determinantes, tornando a cárie dentária uma doença multifatorial. Ações de promoção à saúde e prevenção quando administradas em estágios anteriores à doença podem paralisar a cárie. Dessa forma, somente o tratamento restaurador da cavidade de cárie não garante o controle do processo da doença, sendo necessário intervir também sobre os seus determinantes para evitar novas cavidades e recidivas nas restaurações. Cabe à equipe de saúde o planejamento, organização e suporte técnico à gestão municipal para efetiva prioridade das ações de promoção da saúde, evitando assim o encaminhamento para essa especialidade (BRASIL, 2006b).

Entretanto, conforme consta na tabela 7, embora seja a especialidade mais procurada, a endodontia também é a especialidade com maior percentual de abandono ou pendência do tratamento (56,78%) em relação a todos aqueles que foram encaminhados a esta especialidade (n=67). A explicação para este percentual pode estar assentada na necessidade de um ou mais retorno para a conclusão do procedimento, o que pode estar relacionado aos motivos levantados em outros estudos como ausência no trabalho, dificuldade de deslocamento até a Unidade de Saúde, mudança de domicílio entre outras causas (MEDEIROS, 2007; SALIBA et al., 2013; LINO et al., 2014). Assim, outros estudos poderiam ser desenvolvidos com a população investigada para identificar as causas da descontinuidade no atendimento nos serviços de saúde do município.

Tabela 7. Distribuição dos procedimentos realizados no CEO, segundo a especialidade de endodontia. Foz do Iguaçu, 2018.

<b>Especialidade Endodontia</b>	<b>N</b>	<b>% em relação ao total da amostra</b>	<b>% em relação a amostra usuária da média complexidade</b>	<b>% em relação a amostra usuária da especialidade</b>
Abandono/Pendente	67	8,91	27,13	56,78
1 Tratamento endodôntico em dente permanente/decíduo	42	5,59	17,00	35,59
2 Tratamentos endodônticos em dente permanente/decíduo	5	0,66	2,02	4,24
Nenhum procedimento	3	0,40	1,21	2,54
3 ou mais tratamentos endodônticos	1	0,13	0,40	0,85
<b>TOTAL</b>	<b>118</b>	<b>15,69</b>	<b>47,77</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Observou-se ainda na tabela 7 que 47,77% do total de encaminhamentos para média complexidade, foram para a especialidade de endodontia. Dentre esses, 35,59% realizaram um tratamento endodôntico em dente permanente, 4,24% realizaram dois tratamentos endodônticos em dente permanente/decíduo e 0,85% três ou mais tratamentos endodônticos em dentes permanentes. De acordo com informações verbais obtidas junto aos profissionais de odontologia do CEO, os usuários têm esperado de 3 a 4 meses para serem atendidos nesta especialidade.

A literatura tem evidenciado a existência de demanda reprimida na atenção básica no que diz respeito à especialidade de endodontia (MEDEIROS, 2007; LINO et al., 2014) corroborando com o estudo em tela. No CEO de Foz do Iguaçu, a demora no atendimento, bem como a falta de material de consumo durante um período, pode ter contribuído para o abandono do tratamento, cabendo destacar, que a aposentadoria de um dos endodontistas neste período e a ausência de substituição do profissional, também pode ter contribuído para o aumento da demanda reprimida.

A percentagem de abandono/pendência encontrado nesta especialidade foi 56,78%, cerca de nove vezes maior do que a observada em um estudo realizado na cidade de Marília, (SP) com apenas 6,21% (BULGARELI et al., 2013) para usuários referenciados de unidades de atenção básica como é o caso do estudo em tela . Os autores justificaram, afirmando que o tratamento endodôntico é um tratamento longo e muitas vezes procurado apenas para resolver a dor, esses seriam um dos motivos de desistência do usuário não dando, portanto, sequência ao restante do tratamento. Ainda de acordo com o estudo, o município de Marília dispõe de quatro locais de atendimento em especialidades odontológicas. Em relação à endodontia são quatro pontos de atendimentos distribuídos de acordo com as regiões do município e com profissionais trabalhando inclusive em horários noturnos, perfazendo ao todo: 140horas/semanais. Provavelmente seja esse o motivo da tão baixa evasão ao tratamento endodôntico.

De acordo com Rocha e Bercht (2000), em outra pesquisa sobre o abandono ao tratamento no Centro de Saúde Murialdo em Porto Alegre/ (RS), foi revelado que as principais causas de evasão foram: dificuldade em faltar ao trabalho, longo tempo de duração do tratamento, entre outras.

Segundo Ferraz (2008), a especialidade com maior oferta nos CEO é a endodontia o que pode estar relacionado ao fato de que a faixa etária que mais procura o serviço é a de usuários jovens/adultos, que encontram na endodontia uma opção conservadora de tratamento, preservando assim a perda dental precoce (SOUZA, 2009), esses dados também corroboram com esta pesquisa em relação a faixa etária que mais procurou o CEO. Outro fator que também pode ter contribuído é o alto custo desse tratamento na rede privada e uma vez que é ofertado esse serviço gratuitamente como é o caso do CEO de Foz do Iguaçu, a procura é muito grande, ocasionando demanda reprimida.

A tabela 7 mostra também que 4,84% dos usuários não realizaram nenhum procedimento. De acordo com informações obtidas na ocasião da coleta de dados, este

achado se explica pelo fato de que alguns encaminhamentos são inadequados, pois o usuário é indicado erroneamente para as especialidades. Cabe ressaltar que para o usuário estar apto a ser encaminhado ao CEO, alguns pré-requisitos devem ser seguidos, como, por exemplo, a realização preliminar de todos os procedimentos básicos necessários na atenção primária (LUCENA; PUCCA JÚNIOR; SOUSA et al., 2011) a saber: controle da infecção bucal, que deverá ser realizada por meio da adequação do meio bucal, da terapia periodontal básica, da remoção dos focos de infecção e do selamento provisório e/ou definitivo das cavidades de cárie (SMSA, 2012).

Além disso, algumas fragilidades foram observadas no estudo de Chaves et al.; (2011) relacionadas à integração entre a atenção básica e a atenção especializada, não apenas na referência adequada, mas também na chegada do usuário ao CEO sem a devida adequação do meio bucal e promoção de saúde, fato esse relatado durante coleta de dados deste estudo.

Quanto aos encaminhamentos para a especialidade de periodontia, foi constatado que ocorreram em 8,10% dos casos atendidos na UBS Jardim América e, dentre estes usuários encaminhados 15,00% realizaram 1 procedimento periodontal, 5,00% recebeu mais de 3 procedimentos periodontais e 45,00% foram submetidos a mais de 4 procedimentos periodontais (Tabela 8). Em um estudo realizado em um município de São Paulo (SALIBA et al., 2013), foi identificado que a demora no atendimento acabou contribuindo para o elevado número de evasão de tratamento (57,93%). Destacamos que o abandono e/ou pendência nesse estudo foram fatores que chamaram a atenção também nesta especialidade, chegando a 35,00% dentre todos os usuários que foram encaminhados para a mesma. Esse alto percentual deve servir de alerta para os gestores fortalecerem os métodos de controle dos pacientes atendidos, no sentido de diminuir os gastos e ao aumento da resolutividade dos serviços com a conclusão dos tratamentos iniciados à priori (SALIBA et al., 2013).

Tabela 8. Distribuição absoluta e relativa dos procedimentos realizados no CEO, segundo a especialidade de periodontia. Foz do Iguaçu, 2018.

<b>Especialidade Periodontia</b>	<b>N</b>	<b>% em relação ao total da amostra</b>	<b>% em relação a amostra usuária da média complexidade</b>	<b>% em relação a amostra usuária da especialidade</b>
Mais de 4 procedimentos periodontais especializados	9	1,20	3,64	45

Pendente	5	0,66	2,02	25
1 Procedimento periodontal especializado	3	0,40	1,21	15
Abandono	2	0,27	0,81	10
3 Procedimentos periodontais especializados	1	0,13	0,40	5
2 Procedimentos periodontais especializados	0	0,00	0,00	0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>2,66</b>	<b>8,10</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Em Foz do Iguaçu, de acordo com informações verbais obtidas junto aos profissionais de odontologia no CEO durante o período de coleta, os usuários têm esperado de 2 a 3 meses na fila para esta especialidade. Outros fatores que podem estar relacionados ao abandono do tratamento, foram: falta de material, equipamento quebrado (ultrassom), entre outros. De acordo com informações obtidas através da central de marcação de consultas, o alto percentual de abandono e pendência ocorre, com frequência, devido a não atualização do contato telefônico por parte do usuário. De igual forma, foi identificado em um estudo de Saliba et al., (2013) sobre a “Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas”, um alto índice de desistência do tratamento na especialidade de Periodontia, perfazendo 43,23%. Ressaltamos que a população do estudo, por não residir no município de Foz do Iguaçu, enfrenta essa dificuldade de comunicação e acaba não procurando a UBS ou o CEO para dar sequência do tratamento, regularizando o agendamento através da central de marcação.

De acordo com Ibiapina et al., (2007), a desistência do tratamento pela inabilidade na marcação e comunicação com o usuário, a situação econômica que dificulta acesso ou a ausência da sensibilização à adesão ao tratamento são motivos que geram dificuldade na resolubilidade dos CEO. Novos estudos poderiam ser realizados para identificação dos motivos de desistência do tratamento odontológico, e também propor estratégias de educação em saúde para a motivação dos usuários.

No Manual de Especialidades em Saúde Bucal (BRASIL, 2008), o MS define protocolos clínicos e fluxos de encaminhamentos para os CEO, o que possibilita análises para identificar fragilidades nos CEO (SOUZA, 2009; RAMOS, 2014). Chaves et al., (2010) realizaram um estudo em 2008, cujo objetivo foi analisar fatores relacionados à

integralidade na assistência à saúde bucal em CEO da Bahia. Dentre os resultados encontrados, destaca-se que os usuários que tiveram maior chance de receber a assistência integral foram os que possuíam maior facilidade no acesso geográfico ao serviço especializado. Portanto, pode-se levantar a hipótese, a ser verificada em futuros estudos, que os usuários não residentes na área de abrangência da UBS possuem menos chances de concluir o tratamento. Porém, no caso da UBS analisada, este fator deve ser considerado no planejamento da equipe, já que não é uma unidade com território adscrito.

Os dados estruturados na tabela 9 descrevem a quantidade de procedimentos realizados na especialidade de Cirurgia Buco Maxilo Facial, a terceira especialidade mais procurada pela população do presente estudo, com 17,41% dos encaminhamentos para a média complexidade.

Tabela 9. Distribuição absoluta e relativa dos procedimentos realizados no CEO, segundo a especialidade de cirurgia. Foz do Iguaçu, 2018.

<b>Especialidade Cirurgia</b>	<b>N</b>	<b>% em relação ao total da amostra</b>	<b>% em relação a amostra usuária da média complexidade</b>	<b>% em relação a amostra usuária da especialidade</b>
Pendente	13	1,73	5,26	30,23
1 Procedimento cirúrgico simples	10	1,33	4,05	23,26
Abandono	8	1,06	3,24	18,60
2 a 3 Procedimentos cirúrgicos simples	7	0,93	2,83	16,28
4 ou mais procedimentos cirúrgicos de maior complexidade	3	0,40	1,21	6,98
1 Biópsia	1	0,13	0,40	2,33
Nenhum procedimento	1	0,13	0,40	2,33
2 ou mais biópsias	0	0,00	0,00	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>5,72</b>	<b>17,41</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Elaborado pela autora, 2018

Dos encaminhamentos para cirurgia, 23,26% foi realizado 1 procedimento cirúrgico simples, em 16,28% foram realizados 2 a 3 procedimentos e em 6,98% foram realizados 4

ou mais procedimentos cirúrgicos. A complexidade do procedimento ou ausência de condições técnicas na UBS deve ser o motivo para o encaminhamento para essa especialidade. Os procedimentos de maior complexidade geralmente estão ligados à extração de 3º molares impactados ou inclusos que é frequente na faixa etária que mais acessou o serviço nesse estudo, ou seja, 15 a 19 anos.

De acordo com informações verbais obtidas no CEO muitos usuários são encaminhados para essa especialidade com demandas que deveriam ser resolvidas na UBS. Destacando assim a necessidade de Educação Permanente, onde sejam reforçados os pré-requisitos para encaminhamento conforme preconizado pelo Manual de Especialidades em Saúde Bucal (BRASIL, 2008), com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, para que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS.

Outro fator relevante que também deve ser levado em consideração e que provavelmente contribuiu para a evasão é o fato dessa população não residir no município. A equipe de saúde bucal por sua vez não consegue acompanhar os danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença dessa população. Estes fatores interferem na integralidade da atenção ao indivíduo e esta deve estar relacionada a um sistema que deva garantir de forma articulada, tanto ao indivíduo como ao coletivo, ações de: promoção da saúde, prevenção de agravos, recuperação, cura e reabilitação da saúde (GIOVANELLA et al., 2002), incluindo a saúde bucal.

Nesta especialidade, a soma das variáveis “pendência”, “abandono” e “nenhum procedimento realizado”, revelaram que 50% dos usuários não receberam nenhum atendimento. Somando-se aos fatores já mencionados durante as análises dos resultados relacionados à atenção secundária como possíveis desencadeadores para o abandono, da mesma forma dentro da especialidade de cirurgia é importante enfatizar que no período temporal dessa pesquisa ocorreu a aposentadoria sem nenhuma substituição de um profissional, diminuindo conseqüentemente a oferta para essa especialidade.

A população identificada nesta pesquisa merece especial atenção pelos gestores, e trabalhadores das equipes de saúde, pois ainda existem barreiras, quer sejam burocráticas ou mesmo tecnológicas que impedem esses usuários de finalizarem o tratamento odontológico na sua integralidade. O fato de não residirem em Foz do Iguaçu tem dificultado a criação do vínculo com a equipe de saúde bucal, evidenciando que esses usuários estão “soltos” dentro do sistema e que a atenção básica não tem conseguido

atender aos princípios da integralidade, igualdade e efetivamente atuar como coordenadora da assistência no sistema de saúde.

Fatores como a precarização do vínculo usuário/profissional, desarticulação da rede de serviços, irregularidades no sistema de referência e contrarreferência identificados em outros estudos, devem ser analisados e monitorados em futuras investigações no município de Foz do Iguaçu, pois podem prejudicar o acesso aos serviços de atenção secundária em odontologia, causando demanda reprimida e consequências indesejadas como a perda do elemento dental, entre outras.

Com o objetivo de promover, reabilitar e recuperar a saúde bucal da população na sua integralidade, o CEO de Foz do Iguaçu oferece a especialidade de Distúrbio da Articulação temporo-mandibular, mesmo não fazendo parte do rol de exigências do MS. Dentre os 247 usuários encaminhados ao CEO, 6,46% acessaram a especialidade (Tabela 10). Dentre esses, observou-se também a questão do abandono e pendência com 33,00% dos encaminhamentos, e foram confeccionadas placas miorelaxantes para 33,00% dos que acessaram, e 33,00% não realizou nenhum procedimento.

Tabela 10. Distribuição absoluta e relativa dos procedimentos realizados no CEO, segundo a especialidade distúrbio da articulação temporo-mandibular, no período de 2010 a 2015. Foz do Iguaçu, 2018.

<b>Especialidade Distúrbio da Articulação temporo mandibular</b>	<b>N</b>	<b>% em relação ao total da amostra</b>	<b>% em relação a amostra usuária da média complexidade</b>	<b>% em relação a amostra usuária da especialidade</b>
Placa miorelaxante	2	0,27	0,81	33,33
Nenhum procedimento	2	0,27	0,81	33,33
Abandono	1	0,13	0,40	16,67
Pendente	1	0,13	0,40	16,67
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>0,80</b>	<b>2,43</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Dor orofacial é toda a dor associada a tecidos moles e mineralizados da cavidade oral e da face. Normalmente, pode ser referida na região da cabeça e/ou pescoço ou mesmo estar associada a cervicalgias, cefaleias primárias e doenças reumáticas como fibromialgia

e artrite reumatóide, tendo como principais fontes de dor orofaciais: problemas odontogênicos, cefaleias, patologias neurogênicas, entre outros (LEEUEW, 2010).

As Disfunções Temporomandibulares (DTM) podem trazer como consequência a incapacidade funcional e, em alguns indivíduos, até mesmo a incapacidade para o trabalho ou a restrição de uma interação social normal (GONZALES, 2005). O tratamento tem por finalidade controlar a dor, recuperar a função do aparelho mastigatório, reeducar o paciente e amenizar cargas adversas que perpetuam o problema. Importante destacar que há carência de políticas públicas que tenham como objetivo divulgar a patologia e acolher os indivíduos que sofrem de DTM (CARRARA et al., 2010).

Essa especialidade no CEO do município de Foz do Iguaçu é desenvolvida por um profissional (20hs/semanais). De acordo com o presente estudo, a procura pela especialidade ainda é muito incipiente (Tabela 10). A falta de informação por parte dos usuários bem como, a qualificação adequada de muitos profissionais nesta especialidade, acaba frustrando o usuário que é conduzido para outras especialidades que tratam sintomas semelhantes, mas não promovem adequadamente o controle do problema (CARRARA et al., 2010).

É importante destacar como fator limitante na obtenção das informações durante a coleta de dados no CEO, o fato de nenhum especialista daquele serviço alimentar o sistema informatizado (SAUDEFOZ) que deve ser utilizado para inserir a produção de todas as unidades de prestação de serviços, inclusive odontologia (SMSA, 2012). Ressaltamos que os sistemas de informação são fundamentais, não apenas do ponto de vista de financiamento, faturamento e prestação de contas, mas, principalmente como subsídio indispensável para programação e planejamento da atenção à saúde (MAIA; KORNIS, 2010). Sendo necessário, portanto como sugestão a capacitação e sensibilização dos profissionais quanto a inserção, manuseio e análise dos bancos de dados.

Os dados da tabela 11 mostram que dos 247 usuários encaminhados para o CEO, 26,72% foram encaminhados a especialidade de Prótese Dentária.

Tabela 11. Distribuição absoluta e relativa dos procedimentos realizados no CEO, segundo a especialidade prótese na população do estudo, no período de 2010 a 2015. Foz do Iguaçu, 2018.

<b>Especialidade Prótese</b>	<b>N</b>	<b>% em relação ao total da amostra</b>	<b>% em relação a amostra usuária da média complexidade</b>	<b>% em relação a amostra usuária da especialidade</b>
Pendente	28	3,72	11,34	42,42
Abandono	16	2,13	6,48	24,24
Apenas uma prótese total superior ou inferior	11	1,46	4,45	16,67
2 Próteses totais	9	1,20	3,64	13,64
1 Prótese total e 1 prótese parcial removível	2	0,27	0,81	3,03
<b>TOTAL</b>	<b>66</b>	<b>8,78</b>	<b>26,72</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Dentre os encaminhados para esta especialidade, 16,67% necessitaram de apenas 1 prótese total (superior ou inferior), 13,64% receberam 2 próteses totais e 3,03% necessitaram de 1 prótese total e 1 parcial removível. Dentre os usuários desta especialidade 67,00% não concluíram o atendimento (por abandono ou pendência).

Fatores que podem ter interferido no abandono e/ou pendência são: a não atualização dos dados cadastrais dos usuários e o fato de 50,00% dos encaminhamentos para esta especialidade ter ocorrido para faixa etária compreendida entre 46 a 59 anos, que coincide com a faixa economicamente ativa e que por conta das repetidas sessões necessárias a conclusão do tratamento, acabam por desistir dos mesmos.

Além dos fatores mencionados, destacam-se outros fatores relativos a particularidades do serviço em tela, no período da investigação: falta de recursos humanos (um CD foi transferido do CEO em 2013, sem substituição); um TPD faleceu; descredenciamento de um dos Laboratórios de Prótese Dentária, falta de material de consumo, falta de manutenção de equipamentos (micromotor), falta de coordenador. De acordo com informações obtidas no CEO durante a coleta o tempo de espera foi de 4 a 6 meses, provavelmente todos esses fatores interferiram no longo tempo de espera da fila.

Acrescenta-se como fator limitante do estudo a dificuldade de identificar os usuários que foram encaminhados da UBS Jardim América, uma vez que os profissionais do CEO não utilizam o prontuário odontológico que foi normatizado no documento “Diretrizes para Atenção em Saúde Bucal”.

Na especialidade de prótese, em particular, são utilizadas agendas específicas para esta especialidade, com poucos dados sobre os usuários. Durante a coleta de dados desta pesquisa, acentuou a dificuldade pelo fato de não ser acrescentado nessa agenda, em algum período correspondente ao da coleta, o endereço ou a observação da origem do usuário, limitando sobremaneira a pesquisa.

Nesse contexto, a literatura ressalta a respeito da instalação de próteses totais, a importância do controle posterior no sucesso do tratamento, e destaca o controle contínuo do paciente pelo profissional uma vez que não é possível determinar a tolerância biológica de cada indivíduo (REZENDE, 2011). De acordo com Turano (2000), a adaptação das próteses à cavidade bucal inclui várias etapas, e a preservação pode ser considerada como uma fisioterapia de acomodação da prótese aos tecidos e vice-versa, podendo ser necessárias mais visitas ao consultório. Considerando estes aspectos, observa-se, portanto, que a longitudinalidade da equipe de saúde, o vínculo, a “relação mútua” entre o usuário/profissional, ou seja, a continuidade enquanto oferta regular dos serviços, não está acontecendo na população do estudo.

Entretanto, mesmo com a evolução nas condições de saúde bucal da população brasileira, identifica-se que o problema ainda tem alta prevalência com destaque para a perda dentária em adultos e idosos, ampliada pela desigualdade no acesso aos serviços odontológicos (PINHEIRO; TORRES, 2006).

No que se refere a especialidade de Ortodontia, vale frisar que a prevalência das máis-oclusões, e a transformação epidemiológica que passa a saúde bucal, com o forte declínio das cáries, e sob a referência dos princípios constitucionais de integralidade e equidade, faz-se necessário viabilizar a incorporação de procedimentos ortodônticos pelo setor público de saúde. De acordo com a OMS, os problemas de posicionamento dentário, as máis-oclusões dentárias e o mau relacionamento dos ossos maxilares são o terceiro problema odontológico de saúde pública no Brasil (SILVA FILHO et al., 1990).

Isto posto, o programa de Ortodontia no município de Foz do Iguaçu teve início em 2012 no CEO, com um profissional atendendo a 80 usuários, priorizando a faixa etária até os 14 anos. Por orientação da Procuradoria Geral, o programa foi suspenso. Em 2014, foi

realizado um levantamento epidemiológico de cáries e má-oclusão em escolares matriculados nas 52 escolas municipais do ensino fundamental no município de Foz do Iguaçu e durante a análise dos resultados constatou-se a necessidade de intervenção em 4.800 escolares. Foram efetuados os trâmites legais necessários e o programa foi retomado. Atualmente atende a 400 escolares (DVSBU, 2017).

Acredita-se que esse critério de seleção restringe o acesso da população de estrangeiros e brasileiros não residentes em Foz do Iguaçu e não matriculados nas escolas do município. Convém salientar, que a especialidade de Ortodontia é tida como uma das mais inacessíveis na rede privada pelo alto custo do tratamento. De acordo com a tabela 12, 1,61% dos usuários encaminhados ao CEO foram para a especialidade de Ortodontia e não houve nenhum registro de abandono e/ou pendência.

Tabela 12. Distribuição absoluta e relativa dos procedimentos realizados no CEO, segundo a especialidade ortodontia, no período de 2010 a 2015. Foz do Iguaçu, 2018.

<b>Especialidade Ortodontia</b>	<b>N</b>	<b>% em relação ao total da amostra</b>	<b>% em relação a amostra usuária da média complexidade</b>	<b>% em relação a amostra usuária da especialidade</b>
Ortodontia	4	0,53	1,62	100

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

As implicações biológicas pelo mau posicionamento dos dentes e dos maxilares, bem como as questões sociais, faz com que essa discussão se torne alvo de políticas públicas e da preocupação dos gestores. Entre as crianças essas implicações são mais relevantes nos relacionamentos interpessoais até mais do que as outras deficiências físicas (MACIEL; KORNIS, 2006), o que corrobora com a escolha feita pela DVSBU em relação a faixa etária que acessa essa especialidade.

Modernamente, o SUS tem buscado o trabalho em rede (MENDES, 2009; 2010; 2011) e quando se analisa as práticas de saúde bucal, na perspectiva da integralidade da atenção, é urgente a necessidade de os serviços efetivarem protocolos de regulação que deem respostas eficazes na melhoria do acesso e qualidade da atenção prestada.

É importante destacar que são recentes na literatura os estudos relacionados aos Centros de Especialidades Odontológicas. Nesse sentido, é de extrema relevância que sejam realizados processos consecutivos de avaliação, com metodologias sólidas capazes de identificar fragilidades e potencialidades que subsidiem a gestão.

### 5.3. O financiamento do CEO

A Portaria nº 1.341/2012 define em seu Art. 1º incentivo financeiro anual da ordem de R\$ 79.200,00 para cada CEO Tipo 1, R\$ 105.600,00 para cada CEO Tipo 2 e R\$ 184.800,00 para cada CEO Tipo 3, credenciados pelo MS, destinados ao custeio dos serviços de saúde ofertados. No Art. 2º define para incentivo financeiro de implantação para CEO Tipo 1 R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais), para CEO Tipo 2 R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), e para CEO Tipo 3 R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) (BRASIL, 2006c).

Em relação aos LRPD, o financiamento é incluído no Teto Financeiro da MAC dos Municípios/Estados que receberão de acordo com sua faixa de produção mês, cujos valores serão repassados da seguinte forma: Entre 20 e 50 próteses/mês: R\$ 5.000,00 mensais; Entre 51 e 150 próteses/mês: R\$ 15.000,00 mensais; acima de 151 próteses/ mês: R\$ 20.000,00 mensais.

Conforme já mencionado anteriormente o CEO de Foz do Iguaçu sendo tipo III, deverá realizar 190 procedimentos básicos (exclusivos para o atendimento de pacientes com necessidades especiais); 150 procedimentos de periodontia; 95 procedimentos de endodontia e 170 procedimentos de cirurgia oral menor (BRASIL, 2011). Os recursos para implantação e custeio dos CEO são repassados mensalmente, sendo parte deles pelo MS e a outra parte custeada pelos estados e municípios de acordo com a portaria nº 1.464 de 24 de junho de 2011, conforme quadro 2 (BRASIL, 2011).

Quadro 2. Valores de incentivo de implantação e de custeio de acordo com o tipo de CEO.

<b>TIPO DE CEO</b>	<b>INCENTIVO DE IMPLANTAÇÃO (em reais)</b>	<b>INCENTIVO DE CUSTEIO (em reais)</b>
<b>CEO I</b>	60.000,00	8.250,00/mês
<b>CEO II</b>	75.000,00	11.000,00/mês
<b>CEO III</b>	120.000,00	19.250,00/mês

Fonte: Ministério da Saúde, 2011.

Além dos incentivos de custeio, as ações realizadas nos CEO são faturadas pela tabela de procedimentos SIA/SUS e remuneradas de acordo com os tetos financeiros de cada ente federado (MAIA, 2008).

Segundo Martelli (2010), os incentivos financeiros federais disponibilizados aos CEO são insuficientes para a sua manutenção, havendo a necessidade de contrapartidas municipais e estaduais conforme preconizado legalmente. Sabe-se que os CEO são formas extremamente positivas de ampliar e qualificar a atenção secundária em saúde bucal, e representam um avanço na reorganização das práticas odontológicas (GUERRA, 2009).

No tocante ao financiamento, Guerra (2009), ao analisar a política de incentivo financeiro federal, identificou elementos que contribuíram ou dificultaram a implantação de novos CEO no Rio de Janeiro e que a falta de recurso financeiro é o principal fator limitante e pontua ainda a necessidade de se definir uma relação CEO/ habitante, e que somente quando padronizada essa relação no contexto geral do país, poder-se-ia afirmar se os CEO estão funcionando. Outros autores como Maia e Kornis (2010) ressaltam que o incentivo financeiro pode até ser interessante quando da implantação do serviço, embora a demanda reprimida e a falta de planejamento possam trazer dificuldades para a manutenção dessa oferta, principalmente por se saber que os recursos federais não são suficientes para todo o custeio de produção destes serviços.

Ainda que os recursos federais representem um importante fator de sugestão para a adesão ao CEO, estes recursos não são capazes de custear todas as frentes necessárias, como a manutenção de equipamentos, instrumentais, insumos e materiais de consumo (KORNIS; MAIA; FORTUNA, 2011). Apesar do aumento do volume financeiro voltado unicamente para a atenção à saúde bucal, proporcionando assim a ampliação do acesso, os CEO ainda encontram dificuldades em seguir as diretrizes da PNSB (MAIA; KORNIS; 2010).

Vale evidenciar que o município de Foz do Iguaçu o CEO não recebe nenhum financiamento estadual, arcando, portanto com a maior parte dos custos dos serviços ofertados. O mesmo ocorre em Recife, onde Martelli, (2010), constatou que o financiamento do CEO vem apenas do MS e do próprio município. Outro estudo de Mendes Júnior (2010) mostrou que o incentivo federal para um CEO tipo III, como é o caso de Foz do Iguaçu, cobre apenas 23,57% dos custos.

O MS através da portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012, implantou a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, a qual foi incluída na tabela de serviços/Classificação do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES através da portaria GM/MS nº 911 de 29 de agosto de 2012, cujo objetivo primordial a “criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas

com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua”.

Esta adesão ocorre por interesse do município, e este deve cumprir algumas regras, dentre elas, dispor de no mínimo 40 horas semanais para atendimento exclusivo a pessoa com deficiência. Nesse sentido, a Portaria Ministerial nº 1.341 de 13 de junho de 2012 criou incentivos adicionais mensais para os CEO que fizerem parte desta Rede. Os valores dos incentivos são: CEO tipo I - R\$ 1.650,00, CEO Tipo II - R\$ 2.200,00 e CEO Tipo III - R\$ 3.850,00.

O CEO de Foz do Iguaçu aderiu a esta proposta em 2013 (Quadro 3) e até 2015 recebeu 77.000,00 para o atendimento específico a pessoa com deficiência. Conta com um profissional para atender a essa demanda. Na população do estudo não foi encontrado nenhum usuário que se enquadre neste tipo de atendimento.

De acordo com o objetivo do trabalho é importante conhecer o repasse do MS para o CEO e a partir daí respondermos a pergunta: quais as implicações em relação ao quantitativo representado pelos estrangeiros e brasileiros residentes em países vizinhos que procuram os serviços de odontologia em estabelecimentos públicos de saúde em Foz do Iguaçu?

Quadro 3. Repasses financeiros do Ministério da Saúde para o CEO, no período de 2010 a 2015. Foz do Iguaçu, 2018.

<b>ANO</b>	<b>REPASSE MS (CEO)</b>	<b>REPASSE PROGRAMA (REDE VIVER SEM LIMITES)</b>	<b>TOTAL</b>
<b>2010</b>	169.400,00	-	169.400,00
<b>2011</b>	200.200,00	-	200.200,00
<b>2012</b>	200.200,00	-	200.200,00
<b>2013</b>	219.450,00	30.800,00	250.250,00
<b>2014</b>	304.150,00	-	304.150,00
<b>2015</b>	361.900,00	46.200,00	408.100,00
<b>Total</b>	<b>1.455.300,00</b>	<b>77.000,00</b>	<b>1.532.300,00</b>

Fonte: SMSA. Fundo Municipal da Saúde, 2018.

A falta de estudos sobre gestão de custos na área pública, como já foi evidenciada em algumas pesquisas, reflete na própria falta de aplicação, e pode comprometer a utilização eficaz desses recursos.

Nesse seguimento, o município de Foz do Iguaçu recebeu no período de 2010 a 2015 o aporte de R\$ 1.532.300,00. Atendeu no período correspondente 21.691 usuários que foram referenciados das UBS de toda a rede de assistência odontológica. Considerando estes números, o valor per capita correspondente aos usuários atendidos no CEO foi de R\$ 70,64, no referido período ou em média R\$ 11,77 per capita/ano. No que se refere à UBS Jardim América foi referenciado 247 usuários não residentes no município de Foz do Iguaçu para a média complexidade, sendo que o montante referente a estes usuários foi de R\$ 2.907,19 e no período de 2010 a 2015 R\$17.448,08. Este valor corresponde a 1,14% do valor total do aporte federal. De acordo com o Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP) os valores pagos pelo MS durante o período temporal da pesquisa e que correspondem aos procedimentos realizados no CEO dentro de cada especialidade mencionada, foram: Endodontia R\$ 314,00; Periodontia R\$ 45,88; Cirurgia R\$ 991,76; DTM R\$ 47,08; Prótese R\$ 4.950,00; Ortodontia R\$ 1.058,00. Cabe destacar, que nesta especialidade são pagas 3 etapas dentro do tratamento conforme Tabela SUS, são elas: instalação do aparelho R\$ 67,00, aparelho propriamente dito R\$ 175,00 (superior e/ou inferior) e a manutenção mensal durante 24 meses de R\$ 34,00. O município entra com um adicional de 50% do valor da mensalidade, ou seja, R\$ 34,00, o que corresponde a R\$ 17,00, portanto somando R\$ 1.224,00, totalizando, portanto: R\$ 1.641,00 o custo todo o tratamento.

Muitas foram às limitações desta pesquisa inerentes ao financiamento do CEO visto que as informações necessárias para tal não estavam completas, e as que existiam não permitiam chegar a um resultado confiável. Além do que o CEO de Foz do Iguaçu localiza-se num complexo estrutural onde funcionam outros serviços de saúde, a saber: Hospital Municipal Padre Germano Lauck, Centro de Especialidades Médicas, Laboratório Municipal de Análises Clínicas, Farmácia Central, Centro de Reabilitação Físico - Motora, Ortopedia e Traumatologia e o Serviço de Assistência Especializada – Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SAE - DST/AIDS). Dessa forma, o consumo de água, luz, aluguel, telefone, internet, entre outros,

faz parte de uma só fatura o que torna inviável contabilizar isoladamente os gastos relacionados ao CEO.

Dessa forma recomenda-se prudência na interpretação dos resultados, tendo em conta que ainda são necessárias melhoras no desenvolvimento de sistemas de informações visando à maior confiabilidade, integração, abrangência e acessibilidade dos mesmos.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foram abordadas as especificidades da atenção à saúde bucal em municípios de fronteira, assim como a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre esta temática. Verificou-se que existem limites relacionados à continuidade da atenção a esses usuários no tocante as barreiras burocráticas e distâncias geográficas. Entretanto, aqueles que conseguem acessar o serviço, mesmo com algumas deficiências, recebem o atendimento tanto na atenção primária quanto na secundária. As subnotificações de dados foram um dos fatores limitantes dessa pesquisa, dificultando a priori o estabelecimento de diagnósticos que subsidiem o planejamento das ações. Sendo, portanto importante a capacitação e sensibilização dos profissionais em relação ao processo de trabalho e alimentação e uso do banco de dados.

Destacou-se que os serviços de saúde devem ser organizados de forma que possa atender a população independente da faixa etária que procura esse serviço e salientou-se a necessidade de elaboração de fluxos com ações resolutivas das ESB, com foco no acolher, informar, atender e encaminhar. Onde o usuário, sendo ele residente na tríplice fronteira ou não, consiga acessar o serviço e conheça sobre cada lugar que compõe a estrutura desse serviço, fazendo com que se sinta parte dele e, portanto exista a possibilidade de surgir laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas.

Revelou-se que o perfil do usuário foi definido como maioria de sexo feminino, predominantemente jovem com idade entre 15-19 anos, sendo na sua grande maioria brasileiros residentes no Paraguai. A ocupação “do lar” aparece em primeiro lugar, seguido de estudantes e agricultor que buscaram o serviço para consultas e/ou tratamentos, motivados por “dor” e “cárie dentária”. O tratamento restaurador foi o procedimento mais realizado na atenção básica. A endodontia foi a especialidade mais procurada no CEO apresentando também o maior percentual de abandono e pendência. O Ministério da Saúde fez um repasse de R\$1.532.300,00 para o CEO no período de 2010 a 2015 e foram atendidos 21.691 usuários no mesmo período, o que corresponde ao valor per capita R\$70,64 ou em média R\$11,77 per capita/ano. Dos 247 usuários encaminhados da UBS Jardim América para as especialidades foi gasto R\$17.448,08, correspondendo a 1,14% do valor total do aporte federal. Diante deste dado não é possível inferir sobre o impacto financeiro, uma vez que só obtivemos dados parciais em relação aos gastos reais.

Ressaltou-se a dificuldade em conseguir informações sobre a organização da atenção a saúde bucal nos países vizinhos (Paraguai e Argentina), e verificou-se que os serviços de odontologia ofertados na tríplice fronteira são heterogêneos quanto à forma de organização, gestão e financiamento. Evidenciou-se um número pequeno de usuários que acessaram os serviços odontológicos no período temporal deste estudo. Acrescentou-se ainda um alto número de evasão e pendência por parte dessa população, provavelmente pelo tempo de espera e falta de comunicação durante a marcação de consultas. Aparecem ainda lacunas na longitudinalidade, importante peculiaridade para uma assistência integral.

Por outro lado, revelou-se através desta pesquisa os nós críticos do serviço de odontologia tanto na atenção primária como na secundária e quando se trata especificamente de região de fronteira, eles aumentam, dada a complexidade dos processos de gestão municipal nessas regiões. Porém, com possibilidades de avaliação, implementação e mudança de processos de trabalho e da gestão do cuidado.

Sugere-se, portanto, estudos futuros que possam somar a essa pesquisa, ampliando o conhecimento sobre os reais motivos de busca por esses serviços; a alta evasão ao tratamento; os processos de trabalho e seus fluxos de encaminhamentos (referência e contrarreferência), entre outros. Os resultados encontrados nesse estudo podem ser úteis para a gestão e, num âmbito maior, contribuir para práticas e políticas de saúde bucal.

## REFERÊNCIAS

- AKERMAN, M., RIGHI, L. B.; PASCHE, D. F.; TRUFELLI, D.; LOPES, P. R. Saúde e desenvolvimento: que conexões? In: CAMPOS, G. W. de S.; BONFIM, J. R. A.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JUNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. (Ed.) **Tratado de saúde coletiva**. 2nd ed. São Paulo: HUCITEC, 2012. p. 115.
- ALBUQUERQUE, J. L. C. Limites e paradoxos da cidadania no território fronteiriço: o atendimento dos brasiguaios no sistema público de saúde em Foz do Iguaçu (Brasil). **Geopolítica**, Natal, v. 3, n. 2, p. 185-205, 2012.
- ALBUQUERQUE, J. L.; PAIVA, L. F. S. Entre nações e legislações: Algumas práticas de “legalidade” e “ilegalidade” na Tríplice Fronteira Amazônica (Brasil, Colômbia, Peru). **Revista Ambivalências**, Itabaiana, v. 3, n. 5, p. 115-148, 2015.
- ANDRADE, M. V. et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. **Economia Aplicada**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 623-645, 2013.
- ARANTES, R. et al. Between-group differences in dental caries in the Xavante Indians from Central Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 1-13, 2010.
- ARAÚJO, G. M. S. **Fatores socioeconômicos contextuais associados à condição bucal de adolescentes no Brasil**. 2013. 76 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.
- ASTORGA, J. I. **Contexto dos Países e da Fronteira**. In: Revista de Estudo da Rede de Serviços de Saúde na Região de Fronteira Argentina, Brasil e Paraguai: 2001-2002 /Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2004.
- AYRES, M., AYRES JR., M., AYRES, D. L., SANTOS, A. S. **BioEstat**. Versão 5.3, Sociedade Civil Mamirauá, MCT – CNPq, Belém, Pará, Brasil. 2007.
- AZEVEDO, S. T. **A transfronteirização entre Brasil e Paraguai: a saúde nos municípios margeados pelo Lago de Itaipu**. 2015. 102 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Marechal Cândido Rondon, 2015.
- BARROS, C. M. S. B. **Manual técnico de educação em saúde bucal**. Rio de Janeiro: SESC, Departamento Nacional, 2007. p. 53-55. Disponível em: <[http://extensao.cecierj.edu.br/material\\_didatico/sau2202/pdf/aula04\\_leitura02\\_SaudeBucal.pdf](http://extensao.cecierj.edu.br/material_didatico/sau2202/pdf/aula04_leitura02_SaudeBucal.pdf)>. Acesso em 14 nov 2017.
- BATISTA, S. M. O. **Associação entre indicadores de Atenção Primária em Saúde Bucal e condições socioeconômicas e de provisão de serviços públicos odontológicos nos municípios do estado de Goiás**. 2010. 76 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

BRAGA, J. U. et al. Transmissão da tuberculose na tríplice fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1271-1280, 2011.

BONTEMPO, C. G. C. et al. Cooperação em saúde em fronteiras internacionais: a busca da igualdade em saúde. **Cadernos Ibero-americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 908-919, 2013.

BOING, A. F. et al. Estratificação socioeconômica em estudos epidemiológicos de cárie dentária e doenças periodontais: características da produção na década de 90. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 673-678, 2005.

BORBA, V. Fronteiras e Faixa de Fronteira: expansionismo, limites e defesa. **Historiae**, Rio Grande, v. 4, n. 2, p. 59-78, 2013.

BOURGEOIS, D. M.; LLODRA, J. C. Global burden of dental condition among children in nine countries participating in an international oral health promotion programme, 2012–2013. **International Dental Journal**, New York, v. 64, n. 2, p. 27–34, 2014.

BRANCO, M. L. Saúde nas fronteiras: o direito do estrangeiro ao SUS. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 40-54, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **1º Conferência nacional de saúde bucal: relatório final**. Brasília, 1986. 11p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>. Acesso em: 2 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana**. Ministério da Saúde: 1988. 137p. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/serie\\_tecnica\\_11\\_port.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_port.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **2º Conferência nacional de saúde bucal: relatório final**. Brasília, 1990. 60p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>. Acesso em: 15 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório da II Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 1993. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/serie\\_tecnica\\_11\\_port.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_port.pdf)>. Acesso em: 31 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: 1ª etapa – cárie dental – projeto**. Brasília; 1996. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>. Acesso em: 12 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica (NOB 93 e 96) 2000**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html)>. Acesso em: 31 mai. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.444 GM/MS**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção a saúde bucal prestada aos municípios por meio do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95 GM/MS**. Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS). Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html)> Acesso em: 24 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 267 GM/MS, de 06 de marco de 2001**. Descreve as bases para reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf)>. Acesso em: 30 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília. Ministério da Saúde, 30 abr. 2004a. 51p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes\\_saude\\_bucal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf)>. Acesso em: 5 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde bucal na atenção básica**: texto inicial formulado pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal para debate no fórum de coordenadores estaduais. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. Disponível em: <<[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_brasil\\_sorridente.php?conteudo=ceo](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=ceo)>> . Acesso em: 12 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde. **Brasil Sorridente**. 2004. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_brasil\\_sorridente.php?conteudo=ceo](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=ceo)> Acesso em: 14 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <[www.saude.gov.br/bucal](http://www.saude.gov.br/bucal)>. Acesso em: 12 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **3ª Conferência nacional de saúde bucal: relatório final**. Brasília, 2004c. 148p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>. Acesso em: 29 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.570 GM/MS, de 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento de centros de especialidades odontológicas e laboratórios regionais de próteses dentárias. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 jul. 2004a, p. 71. Seção 1. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1570\\_29\\_07\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1570_29_07_2004.html)>. Acesso em: 29 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.571 GM/MS, de 29 de julho de 2004. Estabelece o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 jul., 2004, p. 72, Seção 1. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1571\\_29\\_07\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1571_29_07_2004.html)>. Acesso em: 29 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.857 GM/MS**. Habilita Centros de Especialidades Odontológicas – CEO – a receberem os incentivos financeiros destinados à implantação e ao custeio dos serviços especializados de saúde bucal e dá outras providências. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3174\\_30\\_11\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3174_30_11_2017.html)>. Acesso em: 5 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Programas Regionais. **Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira**. Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2005. Disponível em: <<http://www.retis.igeo.ufrj.br/wp-content/uploads/2005-livro-PDF.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.120 GM/MS de 6 de julho de 2005. Institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS Fronteiras. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2005. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=193694>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.188 GM/MS de 5 de junho de 2006**. Dá nova redação a Portaria nº 1.120/GM, que instituiu o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS FRONTEIRAS. Disponível em: <[http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files\\_mf/Pm\\_1188\\_2006.pdf](http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_1188_2006.pdf)>. Acesso em: 28 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 599 MS/GM, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 mar. 2006a, p. 51, Seção 1. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-599.htm>>. Acesso em 14 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 600 MS/GM, de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 mar., 2006c, p. 52, Seção 1. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0600\\_23\\_03\\_2006\\_comp.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0600_23_03_2006_comp.html)>. Acesso em: 28 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1097 MS/GM, de 22 de maio de 2006**. Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1097\\_22\\_05\\_2006\\_comp.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1097_22_05_2006_comp.html)>. Acesso em: 24 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Processo nº. 25000.137111/2006-03**. Solicita subsídios para defesa da união no processo nº 200670020071089 que requer o fornecimento de medicamentos para os brasiguaios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <[http://www.trf4.jus.br/trf4.processos/visualizar\\_documento\\_gedpro.php?local](http://www.trf4.jus.br/trf4.processos/visualizar_documento_gedpro.php?local)>. Acesso em: 11 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos da Atenção Básica n. 17: Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf)>. Acesso em: 28 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 650 GM/MS, de 28 de março de 2006. Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 2006; 29 mar. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0650\\_28\\_03\\_2006\\_comp.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0650_28_03_2006_comp.html)>. Acesso em: 4 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de Especialidades em Saúde Bucal**. Brasília, 2008. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual\\_especialidades\\_bucal.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_especialidades_bucal.pdf)> Acesso em: 03 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2371 GM/MS, de 07 de outubro de 2009**. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/comum/13567.html>> Acesso em: 05 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS-Fronteiras. **Relatório de Desempenho de Projeto**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cmf?idtxt=23980](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cmf?idtxt=23980)> Acesso em: 10 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Projeto SB2010**. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/projeto\\_sb2010\\_relatorio\\_final.pdf](http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf)> Acesso em: 09 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2199 MS/GM, de 03 de Agosto de 2010**. Define os recursos financeiros destinados à implantação e ao custeio dos serviços especializados de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Publicado no DOU de 04/08/2010, seção 1, p. 52. Disponível em:

<[http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria2199\\_03\\_08\\_2010.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria2199_03_08_2010.pdf)>. Acesso em: 24 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.995 MS/GM**. Altera a classificação de Centro de Especialidades Odontológicas - CEO - Tipo 2 para Tipo 3. Disponível em: <[file:///C:/Users/francisca.fog/AppData/Local/Temp/Rar\\$EXa0.696/ceo%20tipo%202](file:///C:/Users/francisca.fog/AppData/Local/Temp/Rar$EXa0.696/ceo%20tipo%202)>. Acesso em: 10 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.599 GM/MS, de 9 de julho de 2011. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para as equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial [da] União 2011**; 11 jul. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1599\\_09\\_07\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1599_09_07_2011.html)>. Acesso em: 20 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pesquisa\\_saude\\_bucal](http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pesquisa_saude_bucal)>. Acesso em: 16 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em 07 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portal da saúde. Brasília**, DF: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 22 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portal da saúde. Brasília**, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 14 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 261 MS/GM, de 21 de fevereiro de 2013**. Institui, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) e o Incentivo Financeiro (PMAQ-CEO), denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal. Disponível em: <<http://atencobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114723-20141103172916br-port-261-21-02-13-pmaq-ceo.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.464 MS/GM, de 24 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria n. 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 27 jun. 2011. Seção 1, n. 121, p. 112-113. Disponível em: <[http://www.lainformatica.com.br/arquivos/portaria\\_1464\\_dou.pdf](http://www.lainformatica.com.br/arquivos/portaria_1464_dou.pdf)>. Acesso em 10 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823 GM/MS, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 24 ago. 2012b. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html)>. Acesso em: 12 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793 GM/MS, de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)>. Acesso em: 10 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 911 MS/SAS de 29 de agosto de 2012**. Inclui no Serviço 114 - Serviço de Atenção em Saúde Bucal, a classificação 007 - Atendimento à Pessoa com Deficiência na Tabela de Serviços/Classificação do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0911\\_29\\_08\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0911_29_08_2012.html)>. Acesso em: 10 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.341 MS/GM, de 13 de junho de 2012**. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e dá outras providências. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1341\\_13\\_06\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1341_13_06_2012.html)>. Acesso em: 25 out.2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 GM/MS, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 2017. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>>. Acesso em: 21 jan. 2018.

BOAVENTURA, E. M. **Metodologia da pesquisa**: monografia, dissertação, tese. São Paulo: Editora Atlas, 2004.

BUENO, R. E. et al. Determinantes sociais e saúde bucal de adultos nas capitais do Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 36, n. 1, p. 17-23, 2014.

BULGARELLI, A. F. et al. Percepções de um grupo de idosos frente ao fato de não consultarem regularmente o cirurgião-dentista. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 97-107, 2012.

BULGARELI, J. V. et al. Informações da atenção secundária em odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. **Revista de Odontologia da UNESP**, Araraquara, v. 42, n. 4, p. 229-236, 2013.

BURSZTYN, I. et al. Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud segmentados. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 12, p. 77-88, 2010. Supplement 1.

CARNUT, L.; SILVA, J. L. Saúde bucal na estratégia de saúde da família: das desigualdades sociais à inserção das ações. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 3, n. 2, p. 186-196, 2012.

CARRARA, S. V. et al. Termo do 1º consenso em disfunção temporomandibular e dor orofacial. **Dental Press Journal of Orthodontics**, v. 15, n. 3, p. 114-120, 2010.

CAZOLA, L. H. O. et al. Atendimentos a brasileiros residentes na fronteira Brasil-Paraguai pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 29, n. 3, p. 185–190, 2011.

CHAVES, S. C. L. et al. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1005-1013, 2010.

CHAVES, S. C. L. et al. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3115-24, 2012.

CHAVES, S. C. L.; VIEIRA, S. L. M. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1119-1131, 2007.

CHAVES, S. C. L. et al. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1005-1013, 2010.

CONILL, E. M. Sistemas Comparados de Saúde. In: CAMPOS, G. W. de S.; BONFIM, J. R. A.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JUNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. (Ed.). **Tratado de saúde coletiva**. 2nd ed. São Paulo: HUCITEC, 2012. p. 636 – 641.

CORDÓN, J. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 557-563, 1997.

COSTA, J. F. R. et al. **A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil: registro de uma conquista histórica**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde: Série Técnica, 2006. 59 p.

COSTA, S. M. et al. Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 461-70, 2013.

COSTA, I. C. C. **Planejamento das ações de saúde**. In: FERREIRA, M. A. F; RONCALLI, A. G; LIMA, K. C. (Eds.). Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar. Natal: EDUFRRN; 2004. p. 287-300.

DÖRR, G. D. et al. Avaliação dos atendimentos endodônticos em um Centro de Especialidades Odontológicas em Porto Alegre, RS. **Revista da ABENO**, Londrina, v. 16, n. 3, p. 85-95, 2016.

DRAIBE, S. M. Coesão social e integração regional: a agenda social do MERCOSUL e os grandes desafios das políticas sociais integradas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, p. 174-183, 2007. Supplement 2.

FERRAZ, M. A. A. L. **Avaliação da referência e contrarreferência nos centros de especialidades odontológicas em Teresina- Piauí**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2008.

FERREIRA, G. R. **Atención primaria de salud em Argentina, Paraguay y Uruguay**. In: GIOVANELLA, L.; (Eds.). Atención primaria de salud em Suramérica. Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno em Salud: Unasur, 2015. p. 59-64.

FERREIRA, J. R.; BUSS, P. M. Declaração de Alma-Ata. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde: **Projeto Promoção da Saúde**. As cartas da promoção da saúde. Brasília, 2002. p. 33.

FERNANDEZ, M. T. A descoberta da boca. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 9, n. 1, p. 6-11, 2001.

FIQUEIREDO, N. **Centros de Especialidades Odontológicas-CEOs: um estudo linha de base para a avaliação e monitoramento dos serviços**. Tese - Universidade de Pernambuco, Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Camaragibe, 2008.

FISCHER, T. K. et al. Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a Estratégia de Saúde da Família no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 126-138, 2010.

FONSECA, L. L. V. et al. O valor social dos dentes e o acesso aos serviços odontológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3129-3138, 2015.

FORTUNA, R. F. P. **A média complexidade no quadro da Política Nacional de Saúde Bucal: uma abordagem do seu processo de desenvolvimento em uma perspectiva regional**. 2011. 207 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2011.

FOZ DO IGUAÇU. **Diagnostico Local de Foz do Iguaçu/SISFronteira**. Foz do Iguaçu. 144p. 2006. Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0160\\_22\\_01\\_2007.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0160_22_01_2007.html)>. Acesso em: 28 mai. 2016.

FOZ DO IGUAÇU. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Disponível em: <http://www.pmfi.pr.gov.br/Portal/VisualizaObj.aspx?IDObj=10950>. Acesso em: 31 mai. 2016.

FOZ DO IGUAÇU. **Plano operacional de foz do Iguaçu/Sisfronteiras**. Foz do Iguaçu. Acesso em: 24 mai. 2015.

FOZ DO IGUAÇU. **Relatório anual de gestão. Foz do Iguaçu, PR, 2011**. 46 p. Disponível em: < <http://www.pmfi.pr.gov.br/Portal/VisualizaObj.aspx?IDObj=13746>> Acesso em: jun. 2016.

FOZ DO IGUAÇU. Secretaria Municipal da Saúde. Divisão de Saúde Bucal. **Diretrizes para Atenção a Saúde Bucal**. 2012.

FREITAS, C. H. S. M. et al. Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 131-43, 2016.

GALLO, E. **Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL: SIS – MERCOSUL: uma agenda para integração**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2004.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 214-226, 2007. Supplement 2.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa** – 5ª ed- São Paulo: Atlas, 2010.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23 p. 251-266, 2007. Supplement 2.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002.

GONZALEZ, D. A. **Abordagem interdisciplinar das disfunções temporomandibulares**. 1 ed. São Paulo: Editora Manole, 2005.

GUERRA, K. C. M. **Os Centros de Especialidades Odontológicas nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro: Uma Investigação dos Fatores Identificáveis como Facilitadores ou Não na Implantação de Uma Política de Indução Financeira** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

GUIOTOKU, S. K. et al. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 31, n. 2, p. 135-141, 2012.

HERKRATH, F. J. et al. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas frente ao quadro sociodemográfico dos municípios do Amazonas, Brasil, 2009. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 48-58, 2013.

IBIAPINA, C. et al. **Resolutividade do Serviço Endodôntico nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) de Teresina (PI)**. 2007. 68 f. Monografia (especialização) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA Disponível em: <[www.cidades.ibge.gov.br](http://www.cidades.ibge.gov.br)>. Acesso em: 05 mai. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas - Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014 [citado 2015 jan 9]. 181 p. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em: 11 nov 2017.

KLEIN, H.; PALMER, C. E. Dental caries in american indian children. **Public Health Bulletin**, Washington, v. 25, n. 6, p. 996–998, 1938.

KIRSCHBAUM, C. Decisões entre pesquisas quali e quanti sob a perspectiva de mecanismos causais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 28, n. 82, p. 179-193, 2013.

KORNIS, G. E. M. et al. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 197-215, 2011.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-74, 2011.

LEMÕES, M. A. M. **Sistema Integrado de Saúde em Região de Fronteira: desafios do acesso da população aos serviços de atenção primária à saúde**. 2012. Monografia. (Especialização em Administração) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

LEEuw, R. **Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento**. 4ª ed. São Paulo: Quintessence, 2010. Disponível em: <<http://quintessenceditora.com.br/detalhes.asp?id=46&produto=454#.WjHevt-nHIU>>. Acesso em: dez.2017

LIMA, A. P. G. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 985-996, 2000.

LIMA, A. C. S. et al. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 991-1002, 2010.

- LINO, P. A. et al. Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3879-3888, 2014.
- LISBÔA, I. C.; ABEGG, C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 4, p. 29-39, 2006.
- LOURENÇO, E.C. et al. The insertion of oral health services in the Family Health Programa at Minas Gerais State, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1367-1377, 2009. Supplement 1.
- LUCENA, E. H. G. et al. A política nacional de saúde bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 5, n. 3, p. 53-63, 2011.
- MACINKO, J.; LIMA-COSTA, M. F. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998–2008. **International Journal for Equity in Health**, v. 11, n. 33, p. 1-8, 2012.
- MAIA, L. S.; KORNIS, G. E. M. A reorganização da atenção à saúde bucal frente aos incentivos federais: a experiência fluminense. **Revista de Atenção Primária à Saúde**. Juiz de Fora, v.13, n.1, p. 84-95, 2010.
- MAIA, L.S: **Política Nacional de Saúde Bucal: uma análise da reorganização da atenção à saúde bucal no Estado do Rio de Janeiro frente aos incentivos federais**. 2008. 213 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.
- MARQUES, D. H. F. **Circularidade na fronteira do Paraguai e Brasil: o estudo de caso dos “brasiguaios”**. 2009. 78 f. Tese (Doutorado em Demografia). Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.
- MASCARENHAS, M. D. M.; GOMES, K. R. O. Confiabilidade dos dados do sistema de informações sobre nascidos vivos em Teresina, Estado do Piauí, Brasil-2002. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1233-1239, 2011. Supplement 1.
- MARTELLI, P. J. L. **Política Nacional de Saúde Bucal, da teoria à prática: um estudo de caso acerca de sua implantação em Recife-PE no período 2000 a 2007**. Tese. (Doutorado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2010.
- MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.
- MATTOS, G. C. M. et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 373-382, 2014.

MEDEIROS, E. **Os centros de especialidades odontológicas como suporte da atenção básica: uma avaliação na perspectiva da integralidade**. 2007. 173 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

MELLO, F. **Saúde nas Fronteiras: Análise quantitativa e qualitativa da clientela do centro materno infantil de Foz do Iguaçu**. 2013. 66 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2013.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde no SUS. **Belo Horizonte: ESP-MG**, 2009.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **Os modelos de atenção à saúde**. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 244-292, 2011.

MENDES JÚNIOR, F. I. R. Financiamento de política de saúde bucal e Investimento na política de saúde bucal. In: Palestra realizada no ENCONTRO DO NORDESTE DE SAÚDE BUCAL DA FAMÍLIA (ENESB), 4., 2010, Teresina **Resumos...** ENESB. p. 66.

MOREIRA, R. S. et al. A relação entre o espaço e a saúde bucal coletiva: por uma epidemiologia georreferenciada. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 275-284, 2007.

MORENO, M. S. **Aspectos socioeconômicos e a saúde bucal nos municípios da faixa de fronteiras dos arcos norte e central do Brasil**. 2015. 112 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D.; DUCCI, L.; SIMÃO, M. G.; GEVAERD, S. P. **Os dizeres da boca em Curitiba: Boca Maldita, Boqueirão, bocas saudáveis**. Rio de Janeiro: Cebes, 2002.

MOYSES, S. J. Políticas de Atenção à Saúde Bucal: O Cenário Internacional e o Brasil In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, L.V.C; NORONHA, J. C; CARVALHO, A.I. (Eds.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

MACIEL, S. M.; KORNIS, G. E. M. A ortodontia nas políticas públicas de saúde bucal: um exemplo de equidade na Universidade Federal de Juiz de Fora. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 59-81, 2006.

NARVAI, P. C. **Odontologia e Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1994.

NARVAI, P. C. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Santos, 2002.

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

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

NETO, A. L. S. **Caracterização geográfica, epidemiológica e da organização dos serviços de saúde na tríplice fronteira Brasil-Colômbia-Peru.** 2010. 58 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

NOGUEIRA, V. M. R. et al. A diversidade ética e política na garantia e fruição do direito à saúde nos municípios brasileiros da linha da fronteira do MERCOSUL. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 227-236, 2007. Supplement 2.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The world health report 2008: primary health care now more than ever.** Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2008.

PEITER, P. C. **A geografia da saúde na faixa de Fronteira Continental do Brasil na passagem do milênio.** 2005. 314 f. Tese (Doutorado em Geografia) - Instituto de Geociências, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

PEREIRA, C. R. S. **Impacto da Estratégia Saúde da Família com Equipe de Saúde Bucal sobre indicadores de saúde bucal: Análise em municípios do Nordeste com mais de 100 mil habitantes.** 2011. 124 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011.

PREUSS, L. T.; NOGUEIRA, V. M. R. O pacto pela saúde nas cidades-gêmeas da fronteira do Rio Grande do Sul com a Argentina e o Uruguai. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 320 - 332, 2012.

PINHEIRO, R. S.; TORRES, T. Z. G. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 999-1010, 2006.

PORTERRIEU, J. C. Publicação eletrônica [mensagem pessoal]. mensagem recebida por <cruzporte@gmail.com> em 12 nov. 2017.

PUCCA-JR, G. A. et al. Oral Health Policies in Brazil. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v. 23, p. 9-16, 2009. Número especial.

RONCALLI, A. G. et al. Projeto SB2000: uma perspectiva para a consolidação da Epidemiologia em Saúde Bucal Coletiva. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, v. 1, n. 2, p. 9-25, 2000.

RONCALLI, A. G. **Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil.** Epidemiologia em saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 32-48 pp.

RAMOS, E. D. et al. **Centros de especialidades odontológicas da grande Florianópolis: estrutura, organização do trabalho e satisfação dos usuários.** 2014. 76 f. Dissertação

(Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

REZENDE, R. I. et al. Prótese dentária na saúde pública: resultados de um centro de especialidades odontológicas no município de Maringá-PR. **Revista de Odontologia da UNESP**, Araraquara, v. 40, n. 1, p. 12-17, 2011.

ROCHA, C. R.; BERCHT, S. B. Estudo do abandono do tratamento odontológico de um serviço público de Porto Alegre: o Centro de Saúde Murialdo. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 42, n. 2, p. 25-31, 2000.

RODRIGUES, D. et al. Paradigmas quantitativo e qualitativo no cotidiano da investigação. **Interfaces Científicas - Humanas e Sociais**, Aracaju, v. 2, n. 1, p. 9-16, 2013.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

SALIBA, N. A. et al. Saúde Bucal no Brasil: uma nova política de enfrentamento para a realidade nacional. **Revista Odontológica do Brasil Central**, Goiânia, v. 18, n. 48, p. 62-66, 2010.

SALIBA, N. A. et al. Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. **Revista de Odontologia da UNESP**, Araraquara v. 42, n. 1, p. 317-323 2013.

SANTIAGO, R. F. et al. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 35-44, 2013.

SILVA FILHO, O. G. et al. Prevalência de oclusão normal e má oclusão em escolares da cidade de Bauru-SP. Parte II: Influência da estratificação sócio-econômica. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 3, n. 4, p. 189-96, 1990.

SILVA, M. G. **O local e o global na atenção das necessidades de saúde dos brasiguaios: análise da intervenção profissional do assistente social em Foz do Iguaçu**. 2006. 176 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SILVA, A. R. F. **Perspectivas das políticas territoriais na faixa de fronteira internacional da Amazônia Oriental brasileira: estados do Pará e do Amapá**. 2011. 190 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2011.

SOUZA, S. M. D. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal - cárie dental - 1a etapa**. *Jornal ABO Nacional*, 1996. nov/dez, p. 8B.

SOUZA, G. C. A. **Centros de Especialidades Odontológicas: avaliação da atenção de média complexidade na rede pública da Grande Natal**. 2009. 100 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2009.

SOUZA, M. L. et al. **A saúde e a inclusão social nas fronteiras**. Florianópolis: Editora Boiteux, 2008.

SPRANDEL, M. A. Brasileiros na fronteira com o Paraguai. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 20, n. 57, p. 137-156, 2006.

STUMPFS, L. C. A. Publicação eletrônica [mensagem pessoal]. mensagem recebida por <secretariageneral@outlook.com> em 22 dez. 2017.

TORRECILHA, M. L. **A gestão compartilhada como espaço de integração na fronteira Ponta Porã (Brasil) e Pedro Juan Caballero (Paraguai)**. Tese (Doutorado em Geografia Humana) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

TURANO, J C; TURANO, L. M. **Fundamentos de Prótese Total**. 5ª ed. São Paulo: Editora Santos, 2000. 559 p.

WAGNER, C. **País bandido: crime tipo exportação**. Porto Alegre: RBS Publicações, 2003.

## APÊNDICE I

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS NA UBS JARDIM AMÉRICA E CEO: Prontuário odontológico

#### CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Código	Nome completo	Idade no primeiro atendimento	Sexo	Profissão	Origem (Paraguaio, Argentino, Brasiguaió)

#### HISTÓRICO DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO RECEBIDO EM ATENÇÃO BÁSICA

Queixa principal	Atendimentos subsequentes	Primeira consulta	Tratamento programado restaurador	Tratamento programado cirúrgico	Tratamento Programado Controle de Placa e Cálculo - Promoção de Saúde	Especialidades e/ou RX (CEO)	Urgência	Tratamento Concluído na ATB

### HISTÓRIA ODONTOLÓGICA EM MÉDIA COMPLEXIDADE

Periodontia	Endodontia	Cirurgia	Disfunção Temporo Mandibular	Prótese	Tratamento Restaurador e/ou RX

### HISTÓRIA MÉDICA

Hipertensão	Diabetes	Anemia	Cardiopatia	Hemofilia	Febre reumática	Asma ou bronquite	Tuberculose	Herpes	Hepatite	Problemas renais

Problemas hepáticos	Distúrbios emocionais	epilepsia	Desmaios frequentes	Cefaleia frequente	Náusea / enjoo com frequência	DSTs	Gestante	Em tratamento médico?	O que trata?	Uso de medicação

Qual medicação?	Alergia a medicamento?	Qual?	Usuário de drogas?	Fumante?	Alcoolista?	Tem problema nas articulações?

### HISTÓRIA ODONTOLÓGICA

Dificuldade em tratamento odontológico anterior	Qual dificuldade	Hemorragia após extrações	A cicatrização é normal	Já recebeu orientação sobre higiene bucal	Quais acessórios usa para higienizar a boca / prótese	Escova / passa fio dental todos os dias	Quantas vezes?	Que tipo de escova usa? (dura, média, macia)	Escova o dente com força	Range ou aperta os dentes (bruxismo)	Consome alimentos cariogênicos com frequência

### HISTÓRIA ODONTOLÓGICA – PACIENTES COM ATÉ 5 ANOS DE IDADE

Mama no peito	Frequência que mama	Se dorme mamando	Usa mamadeira	Frequência que usa mamadeira	Faz uso de mel ou açúcar	Usa chupeta / chupa o dedo	Frequência	Usa flúor em casa, bochecho, comprimidos ou vitaminas receitados

## ANEXO I

Foz do Iguaçu, 16 de junho de 2008.

### MINUTA DE OFÍCIO

À COORDENAÇÃO GERAL DO SISFRONTEIRAS – MINISTÉRIO DA SAÚDE

Buscando a melhor integração entre a gestão de recursos públicos com as necessidades de atenção à saúde das comunidades. E, tendo como parceiro o Ministério da Saúde, com o projeto SISFRONTEIRAS, que visa tratar com equidade situações de especificidades, como as vivenciadas em Foz do Iguaçu, solicitamos e justificamos o que segue:

**ALTERAÇÃO NA PROGRAMAÇÃO FINANCEIRA COM UTILIZAÇÃO DE RECURSOS PREVISTOS NA FASE II INDICADOS PARA UTILIZAÇÃO EM AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS PARA UNIDADE DE SAÚDE DA VILA YOLANDA, DO CENTRO MATERNO INFANTIL E DEMAIS UNIDADES PARA CONSTRUÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO JARDIM AMÉRICA PROGRAMADA PARA FASE III DO PLANO OPERACIONAL, ATRAVÉS DO OBJETIVO 6 E META 6.1 CONSTRUIR E EQUIPAR UNIDADE DE SAÚDE JARDIM AMÉRICA.**

Justificando a solicitação:

- responder às demandas da comunidade do Jardim América, representados pelo Conselho Local de Saúde, quanto à construção de nova unidade. Quanto aos questionamentos a Secretaria Municipal da Saúde tem respondido estar aguardando liberação e repasse financeiro do SISFRONTEIRAS, previsto inicialmente para julho de 2007. Situação que está insustentável uma vez que já se passaram quase 12 meses da previsão.
- a alteração proposta não acarretará prejuízo as comunidades da Vila Yolanda, nem ao Centro Materno Infantil uma vez que a Prefeitura de Foz do Iguaçu a pedido da Secretaria Municipal da Saúde fez remanejamento de recursos e adquiriu os equipamentos para dar andamento as atividades, também atendendo às cobranças e demandas locais, temendo atraso no repasse.
- A região atendida pela Unidade Básica de Saúde do Jardim América representa importante ponto crítico para a assistência de brasileiros que ali residem, bem como de brasileiros que residem no Paraguai e via de regra buscam atendimento nesta unidade.
- Estrutura física deficitária da Unidade Básica de Saúde do Jardim América, sem condições de adequações uma vez que é locada e não se justificam investimentos em estrutura de terceiro, além da escassez de recursos municipais.
- Aquisição de terrenos em 2007 pela administração municipal na área de abrangência do Jardim América para construção da nova unidade, informação já de conhecimento da comunidade.

Antecipadamente agradecemos a atenção dispensada, e informamos que seguem em anexo: Demonstrativo de prioridades com a alteração proposta, e CD room com as fotos da atual unidade de saúde que comprovam a prioridade da construção citada.

Atenciosamente

Prefeito Paulo Mac Donald Ghisi



## PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO

### Identificação do paciente

Nome: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Gênero: ( ) feminino ( ) masculino

Profissão: \_\_\_\_\_

Nome do responsável (em caso de menor ou paciente especial): \_\_\_\_\_

Endereço: (Rua, Av, Tr): \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Fones: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Número do cartão SUS: \_\_\_\_\_

### Anamnese

Queixa Principal: \_\_\_\_\_

## ANEXO II

HISTÓRIA MÉDICA			
O paciente apresenta (ou alguém da família), alguma das patologias/hábitos/alterações abaixo?			
PATOLOGIA – HÁBITO – ALTERAÇÃO	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Hipertensão (a partir dos 40 anos de idade, pedir para aferir PA e anotar o resultado)			
Diabetes. Está controlada?			
Anemia			
Cardiopatia			
Hemofilia			
Febre Reumática			
Asma ou bronquite			
Tuberculose			
Herpes			
Hepatite			
Problemas Renais			
Problemas Hepáticos			
Distúrbios emocionais			
Epilepsia			
Desmãos frequentes			
Cefaleia frequente			
Náusea / enjôo com frequência?			
Doença sexualmente transmissível (AIDS, sífilis, hepatite, outra)			

HISTÓRIA MÉDICA			
Quanto ao estado atual de saúde, o paciente....			
PERGUNTAS	SIM	NÃO	OBSERVAÇ
É gestante? (mês de gestação, estado geral de saúde)			
Está em tratamento médico?			
Está fazendo uso de alguma medicação?			
Tem alergia a medicamento? (anotar qual)			
É usuário de drogas?			
É fumante?			
É alcoólatra?			
Tem problemas nas articulações (dor, ruídos, perda de função)?			

HISTÓRIA ODONTOLÓGICA			
SITUAÇÕES – HÁBITOS	SIM	NÃO	OBSERV.
Teve dificuldades em tratamentos odontológicos anteriores?			
Teve hemorragia após extrações?			
A cicatrização é normal?			
Já recebeu (o paciente ou o responsável), orientação sobre higiene bucal?			
Quais acessórios usa para higienizar a boca/prótese? (Escova e pasta; Fio; Pálito; outro)			
Escova/passa fio todos os dias? Número de vezes			
Que tipo de escova usa? (dura, média, macia) (grande, pequena)			
Escova os dentes com força?			
Ranço ou aperta os dentes? (bruxismo)			
Consome doces/salgadinhos/alimentos cariogênicos com frequência? (bola, pirulito, chocolate, pipoca, refrigerante, chips, papoca, danoninho, etc)			

HISTÓRIA ODONTOLÓGICA			
Informações complementares para pacientes com até 5 anos de idade			
SITUAÇÕES – HÁBITOS	SIM	NÃO	OBSERV.
Mama no peito? (anotar frequência, dia/noite, se dorme mamando)			
Usa mamadeira? (anotar frequência, dia/noite, se dorme mamando, se coloca açúcar, mel, etc)			
Usa chupeta, chupa o dedo? (anotar frequência, se coloca açúcar, mel na chupeta)			
Usa flúor em casa? (bochecho, comprimidos ou vitaminas recetados)			



## ANEXO III

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
OESTE DO PARANÁ/  
UNIOESTE - CENTRO DE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ATENDIMENTO DA SAÚDE BUCAL DE ESTRANGEIROS E BRASILEIROS QUE RESIDEM NOS PAÍSES DE FRONTEIRA COM O MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ.

**Pesquisador:** Sandra Palmeira Melo Gomes

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 62567816.0.0000.0107

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.872.665

#### Apresentação do Projeto:

O texto introdutório apresenta de modo claro e suficiente, as ideias principais que irão nortear a investigação em questão.

#### Objetivo da Pesquisa:

Avaliar qual é o quantitativo e quais as características de estrangeiros e/ou brasileiros residentes nos países vizinho que procuram os serviços de saúde bucal no município de Foz do Iguaçu?

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco poderá ocorrer algum momento de constrangimento em responder a entrevista. Para minimizar este risco a entrevistadora (pesquisadora principal) suspenderá o procedimento a qualquer momento que seja percebido o constrangimento. Quanto aos prontuários, se adotará sigilo e confidencialidade para garantir que as informações sejam usadas exclusivamente para fins científicos e objetivos do trabalho.

Benefícios serão de estruturar o atendimento e avançar nas políticas públicas para os serviços odontológicos do município de Foz do Iguaçu, PR.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo proposto apresenta pertinência e valor científico. Não há restrições quanto ao objeto ou

**Endereço:** UNIVERSITARIA

**Bairro:** UNIVERSITARIO

**UF:** PR

**Telefone:** (45)3220-3272

**Município:** CASCAVEL

**CEP:** 85.819-110

**E-mail:** cep.prppg@unioeste.br

## ANEXO IV



PREFEITURA DE FOZ DO IGUAÇU  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
DIVISÃO DE SAÚDE BUCAL

### REFERÊNCIA

**CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO)**  
**Av. Paraná, 1525. Anexo ao Hospital Municipal e Centro de Especialidades Médicas (CEM)**  
**Fones: 2105-1984 – 2105-1985**

www.saudefoz.com.br/saudefoz

Número do agendamento: \_\_\_\_\_ Código de segurança: \_\_\_\_\_

#### PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ anos ou \_\_\_\_\_ meses. Gênero: ( ) masculino ( ) feminino  
Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
Nome do responsável (quando menor ou especial): \_\_\_\_\_  
Endereço completo: Rua/Av/Tr \_\_\_\_\_  
Número \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Fone(s) \_\_\_\_\_  
Número do cartão SUS: \_\_\_\_\_

Obs: É obrigatório que o paciente encaminhado tenha sido atendido em Unidade de Saúde do município (Atenção Básica) e o atendimento deve estar registrado no MDC (movimento diário de consultas). Lembramos que existem critérios descritos para o encaminhamento a cada especialidade (Protocolo e Apostila de Normas e Regulamentos).

#### UNIDADE DE SAÚDE DE ORIGEM

Unidade de saúde: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
Nome do cirurgião-dentista responsável pelo encaminhamento: \_\_\_\_\_  
Carimbo (com número do CRO) e assinatura: \_\_\_\_\_

#### TRATAMENTO REALIZADO NA UNIDADE DE SAÚDE

( ) Apenas exame ( ) Medicação prescrita: \_\_\_\_\_  
( ) Exame radiográfico ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Se encaminhado para PERIODONTIA:

( ) Orientação de higiene ( ) Profilaxia  
( ) Raspagem supragengival ( ) Raspagem subgengival

Se encaminhado para ENDODONTIA:

( ) Pulpotomia + curativo. Medicamento intracanal: \_\_\_\_\_ Data(s) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
( ) Biopulpecto + curativo. Medicamento intracanal: \_\_\_\_\_ Data(s) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
( ) Necropulpecto + curativo. Medicamento intracanal: \_\_\_\_\_ Data(s) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Obs: Enquanto o paciente aguarda o atendimento no CEO, a preservação do caso (ex: troca de curativos, alívio da dor etc) é de responsabilidade do profissional da Atenção Básica.

## ANEXO V

### ENCAMINHAMENTO

Data do encaminhamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Especialista:  Endodontista – dente anterior       Endodontista – dente posterior       DTM  
 Cirurgião Traumatologista BMF       Protesista (unitária e pino)       Protesista (total)  
 Periodontista       Implantodontista       Protesista (parcial)  
 Ortodontista       Paciente especial (no sistema aparece Odontopediatra)

Dente ou região: \_\_\_\_\_

Queixa principal do paciente (descrever os sintomas ou lesões, tipo de dor ou incômodo, inclusive estético, etc):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** Solicitar ao paciente que leve na primeira consulta os seguintes documentos: RG, CPF, cartão SUS, comprovante de residência, título de eleitor (este último para PRÓTESE).

### CONTRA-REFERÊNCIA

#### TRATAMENTO REALIZADO NO CEO

Nome do cirurgião-dentista responsável pelo tratamento: \_\_\_\_\_

Carimbo (com número do CRO) e assinatura:

Data da conclusão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Descrição do tratamento realizado ou informações a respeito do diagnóstico definitivo

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### RETORNO NA UNIDADE DE SAÚDE DE ORIGEM

Unidade de saúde: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

## ANEXO VI



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE - CELS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE  
FRONTEIRA - MESTRADO  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Pública em Região de Fronteira

### DECLARAÇÃO

O Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira do Centro de Educação, Letras e Saúde-CELS, da Unioeste - *campus* de Foz do Iguaçu, no uso de suas atribuições estatutárias e regimentais, declara para os devidos fins que a

aluna,

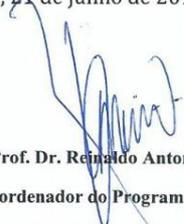
**SANDRA PALMEIRA MELO GOMES**

Submeteu-se à Banca Examinadora de Exame de Qualificação no dia 21/07/2017, às 14:00 apresentando o Projeto de Pesquisa sob o "*A saúde bucal de estrangeiros e brasileiros que residem nos países de fronteira com o município de foz do Iguaçu, Paraná: demanda e impacto financeiro*", como requisito para conclusão do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira - Mestrado, sendo aprovada.

Banca Examinadora	Instituição
Profa. Dra. Manoela de Carvalho (Presidente/Orientador)	Unioeste/Cascavel
Prof. Dr. Oscar Kenji Nihei (Membro titular - 1)	Unioeste/Foz
Dra. Ana Valéria Pagliari Tiano (Membro titular - 2)	Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu

Por ser expressão da verdade firmo o presente.

Foz do Iguaçu, 21 de junho de 2017.

  
Prof. Dr. Reinaldo Antonio Silva-Sobrinho  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação  
em Saúde Pública em Região de Fronteira

Port. n.º 4133/2015-GRE