

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

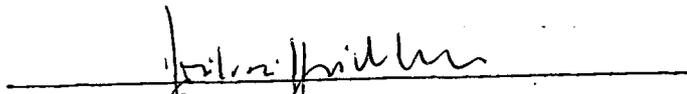
O INAMPS E A ATENÇÃO ODONTOLÓGICA NO ESTADO
DE SANTA CATARINA: INICIAÇÃO AO ESTUDO

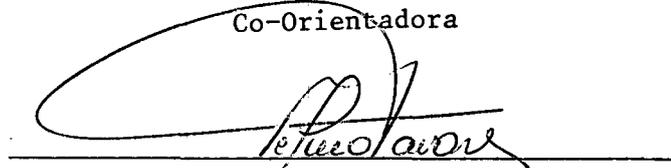
Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de
Pós-Graduação em Odontologia, opção Odontopediatria,
do Centro de Ciências da Saúde da Universidade
Federal de Santa Catarina, para obtenção do título
de Mestre em Ciências.

IARA MARIA NIEDERAUER DOMINGUES

Este trabalho foi julgado adequado para a obtenção do título de "Mestre em Ciências" e aprovado, em sua forma final, pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia, opção Odontopediatria.


Prof. MANOEL AMÉRICO BARROS FILHO
Orientador

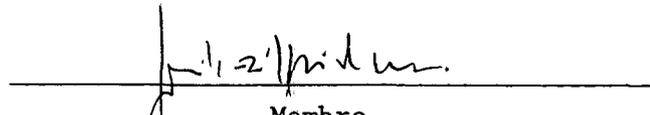

Prof.^a ROSITA DITTRICH VIGGIANO
Co-Orientadora


Prof. TELMO TAVARES
Coordenador do Curso

Apresentado perante a Banca Examinadora composta pelos professores:


Prof. MANOEL AMÉRICO BARROS FILHO
Orientador


Membro


Membro

*A meu pai,
de cuja ausência física,
fiz presença espiritual constante.*

DEDICO ESTE TRABALHO

*À minha mãe,
amiga e incentivadora de todos os momentos.*

*A meus irmãos,
pelo estímulo permanente.*

A meus tios.

A AUTORA

AGRADECIMENTOS

Aos professores e amigos que colaboraram, de modo especial na realização deste trabalho:

MANOEL AMÉRICO BARROS FILHO, Doutor em Saúde Pública, Professor Titular do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo orientação deste trabalho.

ROSITA DITTRICH VIGGIANO, Livre Docente, Professora Titular do Departamento de Estomatologia da Universidade Federal de Santa Catarina, pela co-orientação e transmissão de confiança na realização deste trabalho.

ROGÉRIO HENRIQUE HILDEBRAND DA SILVA, Livre Docente, Professor Titular do Departamento de Estomatologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

JOÃO GUALBERTO AMANTE, Chefe da equipe de Odontologia do INAMPS.

CARMEN NANJI VILELA, Coordenadora Regional de Informática do INAMPS.

WILSON VEADO, Juiz de Direito da 10^a Vara Cível de Belo Horizonte, pela adequada orientação na revisão do texto.

CLIO, CONCEIÇÃO, ELY, IEDA e MARIA CECI, pelo companheirismo e amizade durante os anos vividos em Florianópolis,

MAGDA CAMARGO LANGE RAMOS, Bibliotecária responsável pela Biblioteca Setorial do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

MOACYR VIGGIANO, Médico Pediatra, Delegado Substituto da Delegacia Federal de Saúde em Florianópolis, pela acolhida e amizade no decorrer deste trabalho.

NARDI WESTRUP, Assessor Técnico da Secretaria da Saúde do Estado de Santa Catarina.

SUMÁRIO

Resumo	vii
Summary	viii
Capítulo 1 - Introdução	2
Capítulo 2 - Revisão da Literatura	13
Capítulo 3 - Proposição	25
Capítulo 4 - Materiais e Métodos	27
Capítulo 5 - Resultados e Discussão	29
Capítulo 6 - Sugestões	65
Capítulo 7 - Conclusões	67
Capítulo 8 - Referências Bibliográficas	69
Anexos	74

RESUMO

O presente trabalho analisa o comportamento do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social no Estado de Santa Catarina, no que se refere a sua participação na produção de serviços odontológicos à população previdenciária.

Evidencia-se, pelos dados disponíveis, que para o atendimento de sua clientela, correspondente à população urbana do Estado, a Instituição dispõe de serviços próprios e contratados, utilizando 291 odontólogos.

A produção de serviços atinge, em média, com 0,5 consultas per capita, a população-alvo do programa.

Alguns aspectos sobre a não utilização plena dos recursos preventivos foram comentados junto com a análise da estrutura organizacional onde se insere o setor de odontologia.

S U M M A R Y

This work analyses the behavior of the Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social in the State of Santa Catarina about its participation on the dental care to the previdentiary population.

Through the available data we can see that, for the attention of their patients which correspond to the urban population of the State, the Institution has their own services and contracted ones in which 291 dentists work.

The dental care reach an average of 0,5 appointments per capita.

Some of the aspects about the lack of total utilization of the preventive sources were be commented in the moment we analyse the organizational structure where the dental care belong to.

CAPÍTULO I

1. INTRODUÇÃO

Os problemas de saúde das populações que vivem nas áreas ditas em desenvolvimento são similares, evidenciando que são revestidos de necessidades específicas e comuns traduzidos nas condições de vida que determinam também saúde precária. Neste quadro existem e prevalecem as chamadas doenças de massa, sob forma de grandes endemias enraizadas, fundamentalmente, nas desigualdades sócio-econômicas que são acentuadas e que para sua solução, entre outras, implica na responsabilidade crescente da ação coordenada do governo.

Entre os planos que visam o benefício do povo e a melhoria da qualidade de vida da população brasileira está o III Plano Nacional de Desenvolvimento. Para que isto aconteça, o setor saúde, com um atendimento preferencial das necessidades básicas do povo, tem uma participação especial.

O Decreto-Lei nº 200, de 1967, que define "as diretrizes para a reforma administrativa na área federal e os instrumentos racionalizadores da atuação governamental", é um marco na intensificação de medidas tomadas para o aperfeiçoamento desse propósito.

Em 1974, a criação do Conselho de Desenvolvimento Social foi significativa para a ação governamental na área social, ajustando planos com as diretrizes da política nacional de desenvolvimento.

Como relata o documento Prev. - Saúde - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde³⁴ "Não obstante os esforços referidos e o significativo volume de recursos, inclusive de natureza financeira, colocados à disposição do setor, os resultados alcançados ainda revelam-se insatisfatórios, em termos de cobertura e de redução da magnitude das doenças e danos de maior significado sócio-sanitário". Cita exemplos da situação:

- "- A melhoria dos indicadores de mortalidade é lenta e não se distribui equitativamente entre as diversas regiões e estratos sociais;
- permanecem as altas incidências de doenças transmissíveis evitáveis ou redutíveis enquanto aumenta a importância das doenças degenerativas e dos problemas gerados pela atividade econômica e deterioração do ambiente;
- a mortalidade infantil continua elevada mantendo o seu coeficiente de 100 óbitos por mil nascidos vivos, com diferenças regionais ainda expressivas;
- a periferia das grandes cidades e as pequenas localidades rurais continuam à margem dos benefícios representados pelos serviços de abastecimento de água e de esgoto sanitário;
- os recursos e serviços disponíveis para a atenção direta às pessoas apresentam-se extremamente concentrados, com níveis de complexidade e satisfação em grande parte inadequados às necessidades básicas de saúde da população em geral à estrutura nosológica prevalente.

Paralelamente, constata-se significativa ociosidade da capacidade instalada ao setor público."

"As deficiências de desempenho e os insuficientes resultados obtidos pelo setor saúde, malgrado o significativo esforço

empreendido pelo governo, decorrem fundamentalmente da multiplicidade de instituições atuantes e de sua superposição de ações, ao desperdício de recursos, à baixa produtividade e, finalmente, ao desprestígio social do setor."

O Prev-Saúde³⁴ aponta como políticas básicas do Governo para reordenar o modelo de prestação de serviços de saúde com o objetivo de ajustá-lo às prioridades da população e aos meios disponíveis para sua implantação:

- "- Estender a cobertura por serviços básicos de saúde a toda a população;
- reordenar a atuação do setor público de saúde, promovendo a efetiva articulação das diversas instituições federais, estaduais, e municipais;
- racionalizar a oferta de serviços do setor público, com vistas à eliminação da ociosidade e ao aumento da produtividade dos recursos disponíveis;
- promover a melhoria das condições sanitárias do ambiente, através da implantação de sistemas de abastecimento d'água, de destinação adequada dos dejetos, para populações não cobertas pelos atuais programas e de melhorias da habitação em áreas selecionadas, particularmente as de alta prevalência da esquistossomose e da doença de Chagas."

O SINPAS — Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social.²⁷ criado pela Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977, procedeu a uma grande reformulação administrativa no setor social, ao qual o Governo do Presidente Ernesto Geisel deu relevante impulso.

A saúde já ordenada pelas instituições que a prestam desde julho de 1975, segundo as normas do Sistema Nacional de Saúde, alcançou a reorganização pela reforma administrativa de 1977.

No campo da atenção de saúde às pessoas que esse texto atribui ao Ministério da Previdência Social, passaram tais ações, até então executadas por diversas instituições, secretarias, órgãos e departamentos, a um só instituto — o INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Viria este a prestá-las sob a égide de dispositivos legais que as reuniria a quatro programações responsáveis pela proteção do universo populacional brasileiro — a urbana, a rural, a dos servidores da nação e a dos carentes — à margem dos assistidos pelos regimes previdenciários, segundo as diretrizes estabelecidas pelo Sistema Nacional de Saúde, conforme disposição da Lei nº 6.229/75.

Tal reorganização criou instituições por linhas de atividade, abrangendo todas as clientela. Os programas tendem a uma uniformização e melhoria e pretendem um serviço dedicado à Promoção de Saúde, economicidade não pretendente ao barateamento unitário, mas sim, à opção por práticas simples, alcançando maior número de beneficiados, desde que eficientes e orientados. Isto significará maior investimento no campo da saúde, a contribuir para a atuação coordenada, regionalizada e hierarquizada.

O INAMPS passou por um processo de implantação gradual, tendo sido concretamente iniciado a partir de setembro de 1977, quando a PT/MPS nº 838 de 19 de setembro de 1977²⁸ criou a Gerência Geral do PRÉ-INAMPS, com a responsabilidade de criar as ações dos órgãos e setores que, em todas as entidades anteriores estavam direcionadas para a assistência médica. No ano de 1978, teve 3 fases:

"- Janeiro a março: como PRÉ-INAMPS, na forma prevista nas portarias expedidas pelo MPAS desde a expedição da Lei nº 6.439/77.²⁷

- Abril a Junho: como INAMPS, mas funcionando como estrutura provisória devido ao aproveitamento de cargos e ór-

gãos das entidades que lhe deram origem.

- Julho a setembro como INAMPS, já com estrutura e regimento próprios".

Apesar de ser um órgão novo, o INAMPS se qualifica como parte expressiva de um Sistema de Saúde, uma vez que sua responsabilidade quanto aos problemas de saúde abrange quase a totalidade da população brasileira.

CHAVES⁷ (1977), a respeito dos aspectos históricos da organização de sistema de saúde, diz: "Não são recentes nem escassas as tentativas oficiais para, de uma forma ou de outra, organizar o que se convencionou chamar de Sistema Nacional de Saúde. Embora muitas iniciativas governamentais não tenham sequer atingido a fase de implementação e outras tantas sejam restritas a certas regiões estratégicas, ou, ainda limitadas a aspectos setoriais restritos, mesmo assim, constituíram esforços significativos, em parte perdidos em função do desconhecimento da existência de relações de íntima interdependência entre saúde e economia."

A preocupação com a reorganização institucional dos serviços de saúde esteve presente pelo menos nos seguintes planos e projetos:

- "a. Projeto do Instituto de Seguros Sociais do Brasil (1945);
- b. Plano SALTE (1946);
- c. Plano de Saúde para o Vale do São Francisco (1948);
- d. Estudos sobre a reorganização dos serviços médicos da Previdência Social (1955);
- e. Plano de Assistência Médica aos Municípios (1956);
- f. Projeto de um Instituto Nacional de Assistência Médica (1962);
- g. Plano de Seguro Saúde Compulsório (1965);
- h. Plano Nacional de Saúde (1968);

- i. Projeto de implantação de unidades médicas no interior do Estado do Amazonas (1969);
- j. Política Nacional de Saúde (1973);
- l. Plano de Pronta Ação do INPS (1974);
- m. Lei nº 6.224, dispendo sobre o Sistema Nacional de Saúde (1975);
- n. Estudos referentes à criação de uma fundação que absorvesse todos os serviços de saúde vinculados ao Ministério da Previdência e Assistência Social (1976)."⁷

Dentro do INAMPS, especificamente, em Odontologia, refletem-se estas diretrizes, já que apresentam, como objetivo, levar assistência odontológica a todas as camadas da população, reduzindo assim "a incidência dos problemas de maior prevalência".

As diretrizes específicas do Programa de Odontologia são:

- "- prioridade maior à prevenção da cárie dental;
- máxima simplificação de insumos, traduzida na produção nacional de equipamentos e materiais de baixa densidade tecnológica, custo mínimo e adequado padrão qualitativo;
- regionalização da atenção, baseada na maior amplitude de serviços essenciais e na diferenciação por áreas, partindo da periferia urbana e da zona rural até os centros populacionais mais densos." ⁷

O XV Congresso Panamericano da Criança⁶, realizado em junho de 1977, fez as seguintes recomendações: "A saúde da criança é uma obrigação de seus pais e do Estado, por isso deve-se propiciar programas de educação de saúde com intensificação aos métodos tradicionais massivos ou de grupo para a saúde nas escolas, no rádio, na imprensa e na televisão, em forma continuada ou periódica e positiva, a fim de que a população obtenha um conhecimento correto dos programas e dedicar maior atenção às doenças buco-dentárias, pondo em prática um programa de odontologia pre-

ventiva e social que leve em consideração a influência da nutrição na saúde dentária, releva a necessidade da ingestão e aplicação de flúor, intensifique os hábitos de higiene bucal."

Todavia, o enfoque específico de assistência odontológica com vistas ao desenvolvimento de programas que objetivam o cuidado dos dentes das crianças, já estava sensibilizando os administradores, a ponto de se iniciarem orientações legais para sua legitimação, inicialmente com a Resolução nº CD/DNPS-443³⁵ de 17 de outubro de 1969, foi aprovado o Ato Normativo nº 48, que fixava diretrizes gerais para a prestação de assistência odontológica aos beneficiários da Previdência Social.

Nesse Ato, a assistência a ser prestada pela Instituição visava, inicialmente:

- "- a extração de dentes portadores de focos de infecção.
- a realização de exames radiográficos para pesquisa de focos e para esclarecimento de diagnóstico.
- a cirurgia e traumatologia buco-facial.
- o tratamento odontopediátrico, incluindo a cárie dentária."

Ficava para uma etapa posterior, e na medida que os recursos financeiros e orçamentários permitissem, a realização de tratamento conservador — dentisteria — aos beneficiários adultos. Por restrições financeiras não estavam incluídos no programa:

- "- Prótese dentária;
- Tratamentos ortodônticos e de ortopedia dos maxilares, ressalvados os casos de complementação terapêutica das cirurgias de lesões congênitas."

Em 10 de abril de 1975, foi expedida a Orientação de Serviço nº SAM 307.1²⁵, também estabelecendo normas para a prestação de Assistência Odontológica. Esta orientação determinava que a

assistência seria prestada por odontólogos especializados de preferência em pediatria, clínica e cirurgia dento-buco-maxilo-facial, incluindo as formas profilática e curativa, e deveria ser obedecida uma ordem de prioridade de tratamento que seria:

"a. Urgências odontológicas:

- odontalgias agudas
- hemorragias bucais
- traumatologia dento-buco-maxilo-facial
- estados infecciosos agudos;

b. Tratamentos cirúrgicos:

- extrações dentárias
- demais tratamentos cirúrgicos dento-buco-maxilo-facial de responsabilidade da Odontologia;

c. Tratamentos conservadores:

- tratamentos estomatológicos
- restaurações plásticas em dentes sem comprometimento pulpar
- procedimentos profiláticos."²⁵

Prestariam também os tratamentos complementares das cirurgias de lesões congênitas e aparelhos para a redução e contenção de fraturas buco-maxilo-faciais.

A assistência à criança seria enfatizada como a medida preventiva mais adequada e deveria ser desenvolvida de acordo com as possibilidades locais, na proporção de 40% dos recursos relacionados no setor da atenção odontológica da Instituição.

Vemos que as prioridades relativas a uma odontologia preventiva em saúde pública ficavam relegadas a um plano não imediato.

O Decreto nº 78.415²⁶, de 14 de setembro de 1976, criou uma Coordenação de Odontologia na Secretaria de Assistência Médica e a circular expedida em 13 de dezembro de 1976 instituiu que essa

Secretaria designasse um odontólogo que teria como atribuições, os assuntos relacionados à Odontologia, que antes eram entregues à mesma Secretaria.

Assim ficaria sua estrutura em nível regional:

- Superintendência Regional
- Secretaria Regional
- Coordenação de Promoção de Saúde Individual
- Coordenação de Odontologia.

A Odontologia, pelas suas peculiaridades, por vezes desconhecidas da maioria dos líderes da administração de saúde pública, que não conseguem reservar-lhe uma posição de definição, tem sido dificultada seriamente na execução da sua filosofia assistencial, que é propugnada por decretos, leis, recomendações, entre outros. Segundo ALVES² (1980), chefe da AMM, "a odontologia não vem sendo perfeitamente situada no lugar que deveria ocupar na assistência médica, porque as estruturas dos órgãos que a compõem, assim como os atos e normas que a disciplinam são omissos ou pouco explícitos em relação à assistência odontológica, em decorrência da ausência de assessoramento específico, por odontólogos, nas áreas de elaboração dos planos assistenciais, acarretando para a sua execução prodígios de interpretação para que neles possam ser incluídos os tratamentos odontológicos. O desentrosamento entre a parte médica e a odontológica poderá ser definitivamente sanado, desde que os médicos responsáveis pela elaboração, disciplinaçãõ e execução da assistência médica, como líderes que são na área de saúde, reconheçam as atribuições e deveres dos odontólogos na elaboração, disciplinaçãõ e execução da parte que lhes cabe na assistência médico-previdenciária".

A oportunidade dos profissionais da Odontologia de propor programas para sua área, viabilizando-os e otimizando-os coerentemente com as necessidades reais da população, parece ser um mecanismo de crescente utilização para a melhoria da assistência. A programação de uma assistência odontológica racionalizada e voltada para a prevenção e orientação de cuidados de higiene bucal à população, passa necessariamente por este planejamento corporativo.

Neste sentido tem-se dado destaque à necessidade de ampliar-se os conhecimentos sobre o funcionamento dos serviços odontológicos oferecidos no nosso Estado, uma vez que todos estão respaldados numa legislação regulamentada para o atendimento específico.

Colaborar com esta recomendação é o interesse maior de nosso trabalho.

CAPÍTULO II

2. REVISAO DA LITERATURA

A necessidade de achar-se um novo caminho para a saúde, imprime o conhecimento de uma revisão bibliográfica a respeito dos pronunciamentos e estudos da situação em que se encontram a aceitabilidade política, viabilidade econômica, exequibilidade técnica e necessidade social dos Serviços Assistenciais de Saúde no Brasil e Santa Catarina.

TUMANG³⁹ (1964) afirma-nos que "a profissão odontológica, em grupo ou individualidade é responsável pelos degraus alcançados (ou não alcançados) em direção à meta da saúde bucal, é uma parte integrante da saúde total". Diz ainda que "é afirmativa comum a de que as atividades de saúde bucal da comunidade são de responsabilidade dos Departamentos de Saúde. A presença de um órgão oficial, com ou sem programa odontológico, não elimina a responsabilidade básica do clínico particular. A função básica oficial é dar assistência à profissão, canalizando recursos de fora da comunidade e tornando disponíveis instalações e serviços especializados.

RODRIGUES³⁶ (1967), diz que a demora da inclusão da Odontologia Sanitária nos programas sanitários, "foi possivelmente influenciada pelo conceito superado de que a saúde pública estava restrita quase exclusivamente aos assuntos de doenças transmissíveis a cujo risco estava exposta a maioria da coletividade. A saúde da boca sendo considerada principalmente um problema individual, seus danos prováveis a outros membros da comunidade seriam remotos, daí resultando a inexistência de pressão sobre os governos para atendê-los".

Ressalta ainda as prioridades a serem respeitadas num Serviço de Odontologia Sanitária:

- "1. Assistência dentária de emergência a indivíduos de de qualquer idade;
2. Assistência odonto-sanitária a alunos de escolas primárias;
3. Assistência odonto-sanitária a alunos de escolas secundárias;
4. Assistência odonto-sanitária a gestantes e nutrizes;
5. Assistência odonto-sanitária a outros grupos, inclusive pré-escolares;
6. Assistência dentária, para remoção de focos, a qualquer membro da comunidade que solicite cuidados, fazendo, ao mesmo tempo, o levantamento das condições patológicas vigentes, particularmente das formas de câncer da boca."

Essa prioridade aos escolares, é justificada pelo problema da prevalência da cárie que pode atingir até 100% desses grupos.

De acordo com o Prev.-Saúde³⁴, a estrutura da atenção odontológica deveria ser feita em três grandes níveis:

- "- Nível primário - prevenção maciça; cuidados elementares;
- Nível secundário - atividades de apoio; atenção a escolares do 1º grau;

- Nível terciário - referência para casos complexos; oferta de prótese sob lucro zero."

CHAVES⁸ (1972), a respeito de sistemas de saúde assim se manifestou: "Já se disse que, na realidade, sistema de saúde é uma abstração. O que existe na prática é um não sistema, de tal forma é caótica e desorganizada a situação do sistema." "O não sistema é uma etapa a percorrer na direção do sistema. Só nos damos conta de que estamos diante de um não sistema porque estamos preocupados e pensando em termos de sistema."

Em relação à odontologia preventiva, KATZ¹⁵(1972), nos diz que "a falta de interesse que se pode perceber na profissão odontológica pela odontologia preventiva é, sem dúvida, o resultado de fatores diversos e complexos. A avaliação da saúde bucal da população, mesmo nos países mais avançados, assinala a necessidade urgente de uma troca de orientação. Para que a profissão possa responder aos requerimentos crescentes da população em matéria de saúde bucal, e satisfazer ao mesmo tempo sua responsabilidade social, é indispensável que sua base filosófica mude de predominantemente restaurativa a predominantemente preventiva".

Constata ainda que a cárie dental é a causa de mais ou menos 40 a 45% do total das extrações dentárias. Outros 40 a 45% se devem a enfermidades periodontais, e o resto a razões estéticas protéticas, ortodônticas, e outros.

CHAVES⁷ (1977), estabelece critérios para as prioridades dos problemas da Odontologia Social:

- 1º. Número de pessoas atingidas;
- 2º. Seriedade do dano causado;
- 3º. Possibilidade de atuação eficiente;
- 4º. Custo per capita;
- 5º. Grau de interesse da comunidade."

MAHLER²⁰ (1977), diz-nos que "se se considera a situação em todo o mundo, a verdadeira periferia social está constituída por milhões de seres humanos em estado de indigência extrema, que conseguem, como máximo, sobreviver e para quem a obtenção de um grau aceitável de saúde é um sonho irrealizável".

" A solidariedade regional somente terá sentido se dermos preferência às necessidades básicas de saúde desse setor sobre todas as demais, de modo que o nível de saúde das pessoas que o compõem possa equiparar-se ao que se encontra em outros setores mais favorecidos."

Sobre prioridades estabelecidas, MAHLER²⁰ (1977) conclui que "ainda que as enfermidades transmissíveis apresentem o principal problema de saúde na maioria das regiões em desenvolvimento, nem sequer nestas regiões se pode relegar a um segundo plano os serviços de assistência contra outros transtornos, como o câncer e as enfermidades cárdio-vasculares, ou as atividades de fomento em setores tais como a saúde mental e a saúde bucodental".

DONOSO¹² (1978), diz que "no 6º Programa Geral de Trabalho da OMS para o período de 1978-1983 se reconhece a necessidade de que os países em desenvolvimento procedam a uma planificação sanitária flexível e ajustada à realidade. Em atenção ao disposto por várias Assembléias de Saúde, a partir de 1973, na seção do programa dedicada aos principais problemas sanitários, se menciona a necessidade de liberar os recursos utilizados para programas terapêuticos tradicionais, centrados nas enfermidades, que tendem a beneficiar poucos privilegiados, para dedicá-los a programas preventivos orientados à comunidade e destinados a melhorar dia após dia o estado de saúde da maioria insuficientemente atendida".

A finalidade da VII Conferência Nacional de Saúde¹⁰, realizada em março de 1980, foi a de "submeter a amplo debate os propô-

sitos do governo quanto às ações a serem empreendidas, pelo Ministério da Saúde, com respeito à implantação e desenvolvimento de um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde que, sob a responsabilidade direta do Setor Público e sem prejuízo de um Setor Privado independente, vise oferecer à população brasileira um grau de cobertura de saúde que lhe permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Por outro lado, quis o Governo Brasileiro marcar, com a vinda do Diretor Geral da Organização Mundial da Saúde, o seu formal e definitivo engajamento no esforço de caráter mundial a que todos os países, com base na Conferência de Alma - Ata⁹ de dezembro de 1978 e na XXXII Assembléia Mundial de Saúde⁵, de maio de 1979, se comprometeram a realizar dentro do lema 'Saúde para todos até o ano 2000' em prol da elevação do nível de saúde de suas populações. Desejou, por fim, o Governo oferecer à Nação uma prova de sua determinação em imprimir à sua ação, no vasto campo da saúde, perfeita coerência e efetiva coordenação, através de ampla participação social e institucional, a ser orientada por uma nova Política Nacional de Saúde, devidamente integrada no processo de desenvolvimento do País".

Também na VII Conferência Nacional de Saúde¹⁰ foram distinguidos a Odontologia e os Serviços Básicos de Saúde.

O Relatório do grupo de trabalho encarregado deste estudo disse ser esta "a primeira vez na história das Conferências Nacionais de Saúde em que se dá destaque e oportuniza de forma específica a discussão sobre a contribuição da Odontologia a um Programa nacional de saúde".

Identificaram-se, nesse Relatório, os seguintes problemas na assistência odontológica:

- "- ineficácia
- ineficiência

- descoordenação
- má distribuição
- baixa cobertura
- alta complexidade
- enfoque curativo
- caráter mercantilista e monopolista
- inadequação no preparo de recursos humanos".

Disse o mesmo Relatório que o "atual modelo odontológico deste País baseia sua ação, prepara seu pessoal e emprego, sua tecnologia, segundo modelos alienígenas".

Recomenda o grupo que partamos para um processo renovador desse modelo, utilizando-se desde o técnico-dental até "a adoção de medidas que tornem impeditiva a utilização, pelo setor oficial, de complicada tecnologia que o País ainda não domina, ou à desejável institucionalização, sob égide do Ministério da Saúde, de um núcleo técnico a servir de catalisador de todo um impulso inovador, que venha colocar a odontologia nacional a serviço das reais necessidades da população, atuando em perfeita sintonia com o programa de atenção primária da saúde, buscando resposta a uma população que quer e, felizmente, no momento exige um direito que é legitimamente seu: o direito de possuir saúde bucal".

Sobre a Participação Comunitária e os Serviços Básicos de Saúde e as Comunidades, o relatório final da VII Conferência Nacional da Saúde em 1980¹⁰, cita que "não existe um único modelo que leve os técnicos a desenvolver atividades junto às comunidades. Pelas diferenças sócio-econômicas marcantes nas diversas regiões do país, desenvolver um trabalho satisfatório implica em, antes de mais nada, não impor um determinado programa ou linha de ação, baseado apenas nos nossos conhecimentos, mas sim iniciar um processo de discussão, respeitando as peculiaridades locais, ouvindo os questionamentos dos moradores e, em união com eles identificar e analisar problemas, estabelecer uma ordem de prioridades, tro-

car planos de ação e executá-los".

Os estudos epidemiológicos feitos em Santa Catarina revelam a situação da presença de doenças bucais (cárie e doença periodontal) na população infantil e, com isto evidenciam a necessidade de urgente intervenção na condição da assistência específica aplicável por meio de hábil estratégia.

VIGGIANO⁴⁰(1974), estudando o índice gengival e o índice de placa dentária em 1.051 crianças de 7 a 12 anos de escolas públicas da zona urbana da cidade de Florianópolis, Santa Catarina, constatou que 1.040 das 1.051 crianças apresentaram gengivite em graus variados num percentual contido entre 98,3% e 99,5%, e o índice de placa dentária foi de 100%.

MACIEL¹⁷(1974), fez um estudo dos índices de afecções periodontais e de higiene bucal em 1.051 escolares, de 7 a 12 anos, brancos, da zona urbana de Florianópolis, Santa Catarina, e constatou que as afecções periodontais ocorreram em 88% das crianças, sendo 90% em meninos e 86% em meninas.

MACIEL¹⁸(1975), em Florianópolis, Santa Catarina, realizou um trabalho no qual foram examinadas 237 crianças e concluiu que a prevalência da doença periodontal foi de 93% para o sexo masculino e 92% para o feminino. Apenas cerca de 7% das crianças não apresentaram doença periodontal.

MAKOWIECKY²¹(1978), estudando a prevalência de cárie dentária em 277 escolares de 7 a 10 anos da zona rural de Florianópolis, Santa Catarina, observou que o CPO-D médio final foi de 4,54 dentes CPO-D por criança.

Observou ainda o autor, que as necessidades de tratamento eram grandes, chegando a 99% do índice CPO-D encontrado.

VIGGIANO⁴¹ (1979), estudou a prevalência de gengivite em 288 crianças de 6 a 13 anos, na zona rural da grande Florianópolis, Santa Catarina, e chegou a conclusão de que a prevalência de doença gengival era de 94%.

MACIEL¹⁹ (1979), fez um trabalho sobre a prevalência de doença periodontal em 73 crianças de 7 a 12 anos em Brusque, Santa Catarina, chegando ao resultado de 79% de prevalência.

OROFINO e colaboradores³³ (1957), examinaram 683 escolares nas idades de 6 a 14 anos, fazendo um índice de dentes cariados, perdidos e restaurados em locais distantes mais de 5Km de Florianópolis. Foram encontrados valores elevados para o índice CPO-D médio, que aumentou progressivamente de acordo com a idade. Aos 6 anos, o valor do CPO-D médio foi de 2,5 e aos 14 anos, 11,9.

OLIVEIRA³² (1978), estudou a prevalência de cárie dentária de primeiros molares permanentes em 287 escolares da zona rural de Florianópolis, SC, nas idades de 6 a 13 anos, e concluiu que o CPO-D médio foi de 3,80.

MATTOS NETO²² (1966), estudando 2.077 escolares entre 7 a 14 anos, encontrou 5.954 dentes cariados, 4.133 dentes perdidos e 1.198 dentes restaurados, formando um índice de 6,2 dentes CPO-D por criança examinada.

LUCE, GOMES & BARBOSA¹⁶, em 1965, examinaram 70.083 escolares na faixa etária de 7 a 14 anos, em estudos realizados de 1957 a 1965, em 65 cidades do Rio Grande do Sul. Observaram que, aos 7 anos, o percentual dos componentes C mais Ei (cariados mais extração indicada) era de 92.20% e o percentual de O mais E (restau-

rados mais extraídos) era de 7.80%. Aos 14 anos, o percentual de C mais E_i era diminuído para 80,11% e o percentual de O mais E aumentava para 19,89%. O índice CPO-D médio tinha o valor de 2,39, aos 7 anos, e o valor de 7,27, aos 12 anos de idade.

MENDES, HENRIQUE & SANTOS²⁴, em 1965, realizaram um levantamento dentário em 4.835 escolares, na faixa etária de 7 a 14 anos na cidade de Belo Horizonte, através do índice CPO-D proposto por KLEIN & PALMER (1937). O índice CPO-D médio variou de 1,60 aos 7 anos para 8,50 aos 12 anos e ainda para 11,30, aos 14 anos de idade.

ROS & FOSSATI³⁷, em 1965, examinaram 682 crianças na faixa etária de 6 a 12 anos de um grupo escolar da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul e verificaram que o valor médio do índice CPO-D médio variou de 3,28 aos 7 anos para 9,89 aos 12 anos de idade.

TINOCO³⁸, em 1966, examinou 783 escolares na faixa etária de 7 a 14 anos, utilizando o índice CPO-D proposto por KLEIN & PALMER (1937), à procura das causas determinantes do estado de saúde bucal da população da cidade de Areia Branca, Estado do Rio Grande do Norte, e concluiu que havia baixa prevalência de cárie dentária nessa população escolar, mas o reduzido teor de fluor encontrado não era o responsável pela proteção dental. Empregou o índice CPO-D, porque é largamente aceito por sua pertinência, confiança e significado em relação à cárie dentária e, sob o ponto de vista bioestatístico, é apropriado para o tipo de estudo que desejava. Observou que o índice CPO-D médio aumentava de valor com o aumento da idade, variando de 1,73 aos 7 anos para 3,81 aos 10 anos de idade.

ANDRIONI & COLS⁴, em 1969, examinaram 488 escolares de ambos os sexos, na faixa etária de 7 a 13 anos, da zona rural de

Araçatuba, SP, sendo 256 meninos e 232 meninas, através do índice CPO-D proposto por Klein & PALMER (1937). Observaram que o índice CPO-D médio variou de 1,73 aos 7 anos para 4,39 aos 12 anos de idade. O CPO-D médio final teve o valor de 2,68. Observaram também que, de todos escolares examinados, 92,63% estavam afetados pela cárie dentária. Constataram que, dos 6.402 dentes permanentes examinados, apenas 13 deles haviam recebido tratamento restaurador e 18 haviam sido extraídos.

ABBUD & ROCCA¹, em 1973 examinaram 593 crianças na faixa etária de 7 a 12 anos, sendo 308 meninos e 285 meninas, de escolas públicas da zona urbana da cidade de Presidente Prudente, Estado de São Paulo. Observou que a prevalência de cárie dentária era elevada e o valor do índice CPO-D médio aumentava com o aumento da idade, sendo maior nas meninas — 5,94%, que nos meninos, 5,32%. O percentual de dentes cariados e extração indicada foram considerados altos.

FRANKEL & CHAVES¹³ (1955), realizaram um levantamento nas cidades do Rio de Janeiro, Aimoré (MG) e Baixo Guandú (ES), examinando um total de 3.009 crianças, na faixa etária compreendida entre 6 — 14 anos. Concluíram que, em relação a trabalhos realizados em diversos países, a prevalência de cárie era bastante alta. O CPO-D médio foi de 12,6 nas crianças de 14 anos, e que somando-se os componentes *C* e *P* (cariados e perdidos) representava 85% dos componentes CPO-D médio final, o componente *O* (restaurado) não ultrapassou 9%.

MAZUREK²³ (1980), estudando os primeiros molares permanentes de 833 escolares de 5 a 12 anos de idade, na zona urbana de Imbituva — Paraná, encontrou um CPO-D médio de 3,92 para o sexo masculino, e 3,94 para o sexo feminino, formando um CPO-D médio ge-

ral de 3,93. Foram examinados 3.112 primeiros molares, permanentes, dos quais, 3.064 apresentavam história de cárie (98,46%) e 48 estavam hígidos (1,54%); dos 3.064 dentes afetados por cárie 65,34% eram cariados; 21,31% tinham extração indicada; 8,13% tinham sido extraídos e 5,12% estavam restaurados.

CAPÍTULO III

3. PROPOSIÇÃO

1. Objetivo Geral:

Conhecer e analisar a organização estrutural e funcional do atendimento odontológico, especificando a Odontologia Pediátrica do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, no Estado de Santa Catarina.

2. Objetivos Específicos:

- Estudar a organização estrutural (recursos materiais e recursos humanos), da Instituição;
- Estudar a organização funcional da atenção odontológica na Instituição, especialmente sobre Odontologia Pediátrica.
- Propor sugestões para os serviços da Instituição.

CAPÍTULO IV

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Entramos em contato com a Administração Geral do INAMPS, através do Superintendente Regional para formalizarmos nossas visitas aos serviços da Instituição, com a finalidade de obtermos informações de todas as agências e sub-agências no Estado de Santa Catarina.

Para a obtenção das informações, usamos o questionário anexo. (anexo 9).

Utilizamos ainda dados registrados em relatórios como o documento "INAMPS em Dados" e também os boletins de serviços produzidos pela Instituição.

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

CHAVES⁷ (1977), conceitua sistema como "um conjunto de partes ou elementos de uma realidade que no desenvolvimento de suas ações guardam entre si relações de interdependências com mecanismos recíprocos de comunicação ou bloqueios, de tal modo que as ações desenvolvidas resultam na obtenção de objetivos comuns". Diz ainda que num país como o nosso "de dimensões continentais, grandes descompassos regionais e em acelerado ritmo de desenvolvimento, a expressão 'sistema de saúde' não apresenta a conotação literal aplicável a uma estrutura uniforme, coerente, hierarquizada e organizada. Na realidade, a expressão 'sistema de saúde', quando aplicada à conjuntura brasileira, é apenas uma forma sintética e simplificada para designar o complexo institucional público e privado produtor de bens e serviços de saúde cuja performance dispersa e superposta, quando não conflitante, constitui sua característica mais marcante".

O SINPAS²⁷, ou seja, Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, criado por lei, em 1977, completou a reformulação do setor social ao qual o Governo do Presidente Ernesto Geisel deu relevante impulso e desenvolvimento.

O INAMPS é parcela importante dentro do sistema de atenção à saúde preconizada. Poderíamos dizer que a população que não ficar coberta pelo INAMPS, provavelmente não será beneficiada por serviços de saúde.

Dentro das diversas atenções desenvolvidas pelo INAMPS, temos a Odontologia, e dentro desta temos a Odontologia Pediátrica. A atenção à criança depende, no que se refere a sua saúde bucal, muito da capacidade de oferta dos serviços desta instituição.

O INAMPS constitui uma realidade complexa. Não se pode pretender, num único estudo, analisar todas as suas características, mesmo que resumidas a uma de suas atividades, que é a Odontologia.

Este fato implica, portanto, em limitarmos nossa observação em alguns aspectos, ora porque são importantes, ora porque as fontes de informações são acessíveis para sua análise. Essa acessibilidade se reporta tanto às facilidades de obtenção de dados, como também se relaciona com a nossa capacidade de compreender a realidade complexa, a fim de que possamos contribuir para o conhecimento das ações daquela instituição.

Apenas uma pequena parcela da população brasileira tem condições sócio-econômicas para obter serviços de saúde particulares. Há uma grande faixa completamente desassistida. "Nos debates, simpósios, reuniões e encontros de entidades médicas realizados em São Paulo, para discutir o Prev.-Saúde³⁴ ninguém negou o fato de existir no Brasil uma larga parcela de população desassistida — cerca de 40 milhões, segundo o programa — que necessitam com urgência de atendimento médico-sanitário."³

Entre estas duas populações existe outra que é previdenciária do INAMPS e que é a grande maioria. Dentro desta população, há um grupo prioritário, representado pela criança. A prioridade

deste grupo é reafirmada na atenção odontológica.

A atenção ou a soma de atenções que os serviços brasileiros pode fornecer à saúde bucal de suas crianças tem igualmente no INAMPS sua principal área. Portanto, estudar o INAMPS no que se refere à atenção odontológica, é estudar o acesso principal da nossa população a este tipo de serviços.

Na qualidade de odontólogos, estamos interessados em saber como a tecnologia desenvolvida nos laboratórios de nossa profissão está sendo levada à população, transformando-se em benefícios, o que é o objetivo da Odontologia.

O mundo tem manifestado a preocupação com a baixa cobertura populacional dos serviços de saúde. A OMS, na conferência de Alma-Ata⁹, realizada em 1978, dá-lhes ênfase, e conclama o mundo a alcançar a saúde no ano 2000. Propõe o Prev-Saúde³⁴ "estender a cobertura de serviços básicos de saúde a toda a população, sem discriminação de qualquer ordem, assim como categoria social, nível de renda, vínculo previdenciário".

Fundamentalmente, tal proposta não requer aumento imediato de recursos, mas prevalentemente, a revisão da metodologia até agora empregada pelos serviços. GARRAFA¹⁴ (1980), diz que o problema maior da Odontologia é a corrida que existe em direção a uma tecnologia sofisticada, incoerente com a realidade brasileira que exige, necessita mais de uma tecnologia simplificada, e, portanto, de massa.

Meditar sobre estes fatos, com base na análise do INAMPS no Estado de Santa Catarina, sobretudo em Florianópolis, constitui um dos objetivos de nosso trabalho.

Iniciaremos nosso estudo pela parte principal do sistema que é a clientela. Salientamos a dificuldade em conhecer a população-alvo da instituição. Estima-se como previdenciária, a população urbana.

População do Estado de Santa Catarina:

Ano	Urbana	Rural	Total
1980	2.201.350	1.486.302	3.687.652

Fonte: IBGE - SC.

A população de faixa etária de 5 a 14 anos no ano de 1980 é estimada em 1.114.860 habitantes, perfazendo 26% da população total do Estado.

Apesar da indefinição de população previdenciária, podemos dizer que as condições de saúde bucal da população-alvo do programa não diferem das da população do Estado e do País.

A abordagem do problema cárie dentária resulta da convicção de que, ela constitui a doença mais frequente da humanidade e, por isto, um problema grave de saúde pública. Segundo CHAVES⁷ (1977), é o problema principal da odontologia social, pelas seguintes razões:

- "1. Por sua frequência, podendo atingir 99% ou mais da população;
2. Pelo dano causado, produzindo insuficiência mastigatória e alterações na estética facial. Pode ainda ser causa direta de periodontopatias e maloclusões, agravando, por conseguinte, outros problemas;

3. Pela possibilidade de atuação eficiente. Estamos hoje mais bem armados com relação à cárie dentária do que com relação aos outros problemas da odontologia social;
4. Pelo custo relativo do programa de combate à cárie dentária que é mais baixo que qualquer outro dentro da odontologia;
5. Pelo interesse da comunidade."

Dos trabalhos realizados em Santa Catarina, o índice CPO-D médio encontrado foi em média de 6 dentes. Aplicando este índice CPO-D sobre a população escolar do Estado, concluímos que cada uma dessas crianças — 1.114.860, possui, em média, 6 dentes com história de cárie, perfazendo um total de 6.689.160 dentes CPO-D. Cerca de 90% desses dentes representam trabalho a realizar ou seja, restaurações ou extrações.

Para atender esta necessidade acumulada de serviços de saúde, passamos a analisar o que dispõe o INAMPS.

Do ponto de vista organizacional, o INAMPS apresenta sua estrutura, em Santa Catarina, conforme o organograma por nós elaborado.

Nota-se que a atenção odontológica é controlada pela Coordenação de Assistência Odontológica subordinada ao Departamento de Promoção de Saúde Individual, que, por sua vez, se liga a Superintendência Regional através da Secretaria Regional de Medicina Social. (Organograma nos anexos 1.e 2).

Não foi possível detectar o grau de relacionamento entre os órgãos responsáveis pelos diversos programas incluídos dentro da "Promoção da Saúde Individual" e o setor de Planejamento onde está inserida a Coordenadoria de Planejamento de Saúde.

Igualmente, não se estabelecem com nitidez as relações entre essas Coordenadorias e a Coordenadoria de Informática, Órgão da Secretaria Regional de Planejamento, da qual por certo os programas dependem quanto às informações para o controle da execução.

O que fica claramente definido é que o núcleo gerente do programa de Odontologia não dispõe das informações de que necessitaria para o desempenho da função de controle. Embora esta seja uma queixa usual no serviço público, já que nunca dispõe de todos os dados oportunos para a tomada de decisão, salientamos este fato, porque parte da análise aqui pretendida foi limitada por esta determinante.

a) Recursos Humanos

Dos 1.485 odontólogos registrados no Conselho Regional de Odontologia até o ano de 1980, 135 profissionais fazem parte dos serviços próprios do INAMPS; 6 exercem atividades administrativas e 142 são credenciados pela Instituição e 8 em Hospitais.

O pessoal do quadro próprio da Instituição obedece a uma carga horária de 4, 6 e 8 horas de serviço e os credenciados trabalham por unidade de serviço.

O INAMPS possui 28 agências das quais quatro (Timbó, Concórdia, Jaraguá do Sul e Videira) não possuem os serviços odontológicos próprios da Instituição. (Anexo 3).

Na Secretaria de Medicina Social, da qual a Odontologia faz parte, dois odontólogos prestam serviços na equipe de Odontologia, na assistência aos rurais.

Atribuições dos odontólogos que fazem parte dessa Secretaria:

- um odontólogo-chefe da equipe de Odontologia;
- um odontólogo encarregado da Odontologia na Capital;
- um odontólogo encarregado do controle e avaliação na Coordenadoria de Controle e Avaliação;
- um odontólogo revisor de contas odontológicas;
- um odontólogo encarregado da Odontologia no PAM — Florianópolis
- um odontólogo encarregado do prontuário odontológico na Capital;
- um odontólogo encarregado da Unidade de Odontologia Pediátrica.

Existem ainda dois odontólogos à disposição, um do Governo do Estado e outro do Curso de Pós-Graduação em Odontologia, opção Odontologia Pediátrica — da Universidade Federal de Santa Catarina.

As normas técnicas emanam de um nível central, Rio de Janeiro, com base em decretos-leis, portarias, atos normativos do Ministério da Previdência Social. Estas normas são para todo o país e, na medida do possível, regionalizadas para melhor atendimento à população previdenciária.

Há uma política de treinamento técnico e administrativo da Instituição. Durante o primeiro ano da admissão do profissional, existe um estágio probatório administrativo, que não é obrigatório, pois o profissional pode ser considerado apto sem necessidade deste estágio. São feitos também, treinamentos específicos em Odontologia, que são cursos ministrados após terem sido admitidos os profissionais.

Tabela 1

Distribuição dos odontólogos do quadro próprio e credenciados por agência do INAMPS no Estado de Santa Catarina, no período de 1979 e 1980

Agência	Próprios		Credenciados	
	1979	1980	1979	1980
Blumenau	4	9	5	4
Brusque	1	1	5	5
Mafra	-	1	2	2
Joinville	6	7	-	-
Itajaí	7	11	3	3
Tubarão	4	8	6	6
Lages	4	9	-	-
Joaçaba	2	3	7	6
São Bento do Sul	-	1	3	2
Rio do Sul	2	6	8	8
Canoinhas	1	1	1	1
Criciúma	6	10	2	2
Urussanga	2	4	4	4
São Francisco do Sul	2	2	2	2
Laguna	4	4	6	6
Lauro Muller	1	2	3	3
Imbituba	2	2	3	3
Caçador	1	2	6	6
Araranguá	1	2	8	8
Chapecô	2	3	5	5
Curitibanos	-	1	3	3
São Joaquim	1	1	4	4
São Miguel	-	1	14	14
Timbô	-	-	6	6
Concórdia	-	-	7	6
Jaraguá do Sul	-	-	5	5
Videira	-	-	4	4
PAM - Florianópolis	31	30	-	-
PAM - Estreito	8	10	25	24
PAM - São José	-	4	-	-
Total	92	135	147	142

Além destes recursos, o INAMPS possui credenciamento de clínicas.

Tabela 2 - Distribuição das clínicas credenciadas pelo INAMPS no Estado de Santa Catarina, no período de 1979 e 1980.

	1979	1980
Blumenau	1	1
Joinville	1	1
Itajaí	1	-
Tubarão	2	-
Lages	1	-
Criciúma	1	-
Florianópolis	3	3
Total	10	10

Fonte: INAMPS

No ano de 1978, estavam computados juntos os odontólogos que exerciam a atividade odontológica e os que exerciam atividade administrativa.

A agência de Florianópolis tem sob sua jurisdição 16 localidades. Daremos à Capital um destaque maior, porque é a única cidade que possui um serviço específico de atenção pediátrica. Dos 44 profissionais que exercem atividade odontológica no PAM-Capital, PAM-Estreito e PAM-São José, 8 fazem o atendimento pediátrico.

PAM-Florianópolis - 30 odontólogos e entre estes 6 pediatras;

PAM-Estreito - 10 odontólogos e entre estes 2 pediatras;

PAM-São José - 4 odontólogos que atendem clínica geral e pediatria.

Tabela 3 - Distribuição de recursos disponíveis próprios - PAM's.
Odontólogos por especialidades/atividades - Santa Catarina.

Urgência		Emergência		Odontoclínica			
Quantidade		Hora/dia	Hora/dia	Quantidade		Hora/dia	Hora/dia
1979	1980	1979	1980	1979	1980	1979	1980
2	6	16	42	65	99	458	766

Odontopediatria				Odontoradiologia			
Quantidade		Hora/dia	Hora/dia	Quantidade		Hora/dia	Hora/dia
1979	1980	1979	1980	1979	1980	1979	1980
13	13	90	94	12	17	57	86

Sub-Total				Em atividades administrativas			
Quantidade		Hora/dia	Hora/dia	Quantidade		Hora/dia	Hora/dia
1979	1980	1979	1980	1979	1980	1979	1980
92	135	621	988	6	6	42	20

Total			
Quantidade		Hora/dia	Hora/dia
1979	1980	1979	1980
98	141	663	1.028

A tabela 3 nos dá a distribuição de recursos próprios disponíveis nos Postos de Atendimento Médico do INAMPS - odontólogos por especialidades e atividades administrativas - nos anos de 1979 e 1980 em Santa Catarina. Verificamos a existência de 98 profissionais, com uma carga horária média de 7,2 horas por dia no ano de 1979. No ano de 1980 verificamos a existência de 141 profissionais com uma carga horária também de 7,2 horas por dia. Observamos um aumento de 43 odontólogos no ano de 1980 em relação a 1979.

Tabela 4 - Distribuição de recursos humanos de caráter permanente no INAMPS. Número de odontólogos, 1979 e 1980 - Santa Catarina.

Ano	Atividade Técnica	Atividade Administrativa	Total
1979	92	6	98
1980	135	6	141

Fonte: INAMPS em Dados - 1979 e 1980.

A tabela 4 nos dá a distribuição de recursos humanos de caráter permanente do INAMPS em número de odontólogos nos anos de 1979 e 1980, no Estado de Santa Catarina, em atividade técnica e administrativa com o total final.

Tabela 5 - Distribuição de recursos contratados disponíveis, do INAMPS.
Assistência odontológica, 1979 e 1980 - Santa Catarina.

Ano	Credenciais					
	Urgências			Odontoclínicas		
	Pessoa Física		Pessoa Jurídica	Pessoa Física		Pessoa Jurídica
	Consultório	Hospital	Clínicas	Consultório	Hospital	Clínicas
	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade
1979	40	-	9	113	-	2
1980	33	-	10	104	-	-

Ano	Credenciais					
	Odontologia Pediátrica			Cirurgia Buco Maxilo Facial		
	Pessoa Física		Pessoa Jurídica	Pessoa Física		Pessoa Jurídica
	Consultório	Hospital	Clínicas	Consultório	Hospital	Clínicas
	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade
1979	5	-	1	-	3	-
1980	5	-	-	-	8	-

Ano	Credenciais					
	Odontoradiologia			Atendimento ao Excepcional		
	Pessoa Física		Pessoa Jurídica	Pessoa Física		Pessoa Jurídica
	Consultório	Hospital	Clínicas	Consultório	Hospital	Clínicas
	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade
1979	-	-	-	-	-	-
1980	-	-	-	-	-	-

Ano	Total		
	Pessoa Física		Pessoa Jurídica
	Consultório	Hospital	Clínicas
	Quantidade	Quantidade	Quantidade
1979	158	3	12
1980	142	8	10

Fonte: INAMPS em Dados, 1979³⁰ e 1980³¹.

A tabela 5 refere-se à distribuição de recursos contratados da Instituição no período de 1979 a 1980 em Santa Catarina.

Constatamos a existência de odontólogos credenciados para Urgências numa quantidade de 40 em 1979 e 33 em 1980; Odontoclínica, numa quantidade de 113 odontólogos em 1979 e 104 em 1980; Odontologia Pediátrica, numa quantidade de 5 odontólogos em 1979 e 5 odontólogos em 1979 e 5 em 1980. Houve uma diminuição de odontólogos contratados do ano de 1980 em relação a 1979 para os atendimentos de Urgência e Odontoclínica, permanecendo o mesmo número na especialidade de Odontologia Pediátrica em ambos os anos. Nas especialidades de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, Odontoradiologia e Atendimento ao Excepcional verificamos a inexistência de odontólogos contratados.

Observamos também a existência de clínicas credenciadas em Urgência, Odontoclínica e Odontologia Pediátrica. Em 1979 existiam 9 clínicas credenciadas para o atendimento de Urgências e em 1980 existiam 10 clínicas na mesma especialidade, enquanto que nas especialidades de Odontoclínica e Odontologia Pediátrica existiam no ano de 1979, 2 e 1 clínica respectivamente; já no ano de 1980 não mais existiam estas clínicas. Verificamos ainda a inexistência de clínicas credenciadas nas especialidades de Odontoradiologia e Atendimento ao Excepcional nos anos de 1979 e 1980.

A quantidade de odontólogos credenciados em consultórios diminuiu de 1979 (158) para 1980 (142). Houve um aumento do número de odontólogos em hospitais de 1979 (3) para 1980 (8). Diminuiu também o número de clínicas de 1979 (12) para 1980 (10).

Tabela 6- Distribuição de recursos disponíveis contratados no INAMPS.
Assistência odontológica, 1979 e 1980 - Santa Catarina.

Ano	Recursos			
	Clínicas	Equipos	Odontólogos	
	Pessoa jurídica	Pessoa Jurídica	Pessoa física	Pessoa jurídica
	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade
1979	12	33	161	65
1980	10	34	150	64

Fonte: INAMPS em Dados - 1979³⁰ e 1980³¹

A tabela 6 contém o número total de recursos contratados disponíveis no INAMPS nos anos de 1979 e 1980 em Santa Catarina, assim distribuídos: o número de clínicas em 1979 era 12, em 1980 diminuiu para 10; o número de equipos em 1979 era 33 e em 1980 aumentou para 34; a quantidade de odontólogos (pessoa física) em consultórios e hospitais era 161 e em 1980, 150; o número de odontólogos (pessoa jurídica) em clínicas, 1979 era de 65, em 1980, 64. Verificamos que houve uma diminuição de odontólogos de 1979 para 1980, tanto pessoa física quanto pessoa jurídica.

b) Prestação de Serviços

Os relatórios para avaliação dos serviços pelo nível central da Instituição são sintéticos e produzidos semestralmente pelos órgãos da Direção Geral e da Direção Regional e pelos órgãos de administração e execução locais. (Anexo 4)

Os relatórios emitidos pelas unidades médico-assistenciais, a par de serem instrumentos de avaliação de desempenho, são objetos de análise pelo Diretor do Departamento de Administração Médica, para o fim de indicar à Presidência do Instituto medidas que visem a melhoria dos resultados operacionais obtidos.

Estes relatórios devem ser entregues até o último dia útil de cada trimestre ou ano a que se referem.

Através do Departamento de Informática, a Secretaria de Planejamento elabora relatórios consolidados, trimestrais e anuais, para serem encaminhados à Presidência da Instituição e ao Ministério da Previdência e Assistência Social, o que é feito através do Presidente do INAMPS.

A análise das informações referentes ao controle de um programa de natureza complexa como o de Odontologia e em especial pelo volume de serviços produzidos como é o presente caso, deve ser viabilizada através de um bem estruturado sistema de informação-decisão-controle.

Há muito se condena a burocratização excessiva do sistema de informação com inúmeros dados que nem sempre guardam relação com a atividade a ser controlada. Recomenda-se um sistema simples e sobretudo gerador de informações oportunas, não para relatórios anuais cujo destino é a gaveta, mas voltado para a função de implementar as decisões de controle. Isto significa que saímos da época da informação sem nexos, burocrática, não adequada,

para a adoção de fluxos de informações ágeis o suficiente para permitir saber, a cada momento, se estamos ou não alcançando o objetivo proposto. Sem dúvida, uma das principais dificuldades que os administradores do Programa de Odontologia do INAMPS enfrentam é a falta de informações que lhes permita o controle eficiente dos benefícios que estão sendo canalizados à população — alvo. Esta situação é paradoxal, porque o sistema em uso gera um excessivo número de dados que, pelas limitações da capacidade de processamento, jamais se transformam em indicadores úteis e oportunos.

Feitas estas limitações iniciais, passamos a apresentar o sistema de informação utilizado na área de odontologia que consta de Boletim Diário de Atendimento, modelo anexo 5, que se consolida nos modelos dos anexos 6, 7, 8 para os relatórios mensais. Cumpre salientar apenas que tais relatórios não levam em conta o grupo etário, a não ser subdividindo a demanda em pacientes pediátricos ou não pediátricos, não contemplando outros grupos importantes, como por exemplo, gestantes. Sem aprofundarmos a análise deste sistema, por não ser objeto do presente trabalho, destacamos apenas o fato de que, apesar das eventuais limitações que o sistema proposto possa conter, ele pode viabilizar alguns indicadores de controle, tais como rendimento hora-dentista e algumas características na prestação de serviços propriamente dito, embora permaneça a dificuldade de não se poder relacionar com a população—alvo do programa.

Apresentamos a seguir alguns consolidados que foram retirados dos relatórios da Instituição.

Tabela 7 : Distribuição do movimento ambulatorial de atendimentos odontológicos. Clientela urbana, 1978 - Santa Catarina.

Próprios	Contratados	Sob Convênios	Total/Atendimentos
197.674	420.711	406.836	1.025.221

Fonte: INAMPS em Dados - 1978.²⁹

A tabela 7 se refere à distribuição do movimento ambulatorial de consultas odontológicas da clientela urbana de Santa Catarina, no ano de 1978. Há uma maior utilização dos serviços contratados, e sob convênios, do que dos próprios da Instituição. No total de atendimentos, não há uma separação entre consulta nova ou repetida para um mesmo paciente ou patologia, o que significa que este total se refere à soma de atendimentos e não ao total de pessoas atendidas.

Notamos também que a norma técnica não conseguiu uniformizar a interpretação da quantificação da atividade odontológica aqui avaliada. O que se rotula como consulta, inclui os serviços produzidos na consulta.

Assim, consulta é o atendimento inicial ou subsequente do beneficiário independente da qualidade ou da quantidade de serviços prestados em cada atendimento.

Tabela 8 - Distribuição de serviços odontológicos nos ambulatórios próprios, contratados e sob convênios. Clientela urbana, 1978 - Santa Catarina.

	Próprios	Contratados	Sob Convênios	Total/Atendimentos
Exames	24.498	22.873	*	47.371
Extrações	44.560	321.823	101.438	467.821
Restaurações	125.152	81.223	272.991	479.366
Cirurgias dento-buco-maxilares	24	582	*	606
Radiografias	34.271	1.046	13.578	48.895
Pequenas cirurgias	625	2.122	1.302	4.049
Outros	47.419	28.787	126.565	202.771
Total	276.549	458.456	515.874	1.250.879

Fonte: INAMPS em Dados - 1978.²⁹

* Incluídos em outros serviços odontológicos.

A tabela 8 analisa os serviços odontológicos da clientela urbana de Santa Catarina, no ano de 1978. Nos serviços próprios o total de exames executados é superior ao dos contratados e o número total de serviços é bem maior nos contratados. Somente o número de extrações neste serviço, é superior ao total de serviços nos próprios.

O item outros serviços odontológicos, apresenta frequência muito grande e mereceria ser desmembrado nos relatórios para uma especificação maior.

Tabela 9 - Distribuição de atendimentos prestados através de convênios com empregador rural, pró-rural e UMA - Unidade Médico Assistencial Atendimentos odontológicos, 1978 - Santa Catarina.

Outras Entidades	Sindicatos
29,058	447.683

Fonte: INAMPS em Dados - 1978.²⁹

Na tabela 9, que diz respeito aos atendimentos prestados através de convênios com empregador rural, pró-rural e UMA— Unidade Médico Assistencial, no Estado de Santa Catarina no ano de 1979, nota-se que os atendimentos pelos sindicatos são em número bem mais elevado do que em outras entidades. Isto nos mostra que, na área rural, os sindicatos cobrem a maior parte da população.

Tabela 10.—Distribuição de consultas odontológicas.
 Clientela rural, 1978 - Santa Catarina.

Zona	Consultas
Rural	476.741

Fonte: INAMPS em Dados - 1978²⁹

Na tabela 10, verificamos o número de consultas odontológicas oferecidas à clientela da zona rural do Estado de Santa Catarina durante o ano de 1978, que foi de 476.741.

Tabela 11- Distribuição do movimento ambulatorial de atendimentos odontológicos. Clientela urbana, 1979 - Santa Catarina.

Próprios	Contratados	Sob Convênio	Total/Atendimentos
220.328	476.554	546.341	1.243.213

Fonte: INAMPS em Dados - 1979³⁰

Na tabela 11, que nos dá a distribuição do movimento ambulatorial de atendimentos odontológicos da clientela urbana, no ano de 1979, no Estado de Santa Catarina, novamente o número de serviços prestados é bem maior nos contratados e sob convênios, do que nos serviços próprios da Instituição.

Tabela 12- Distribuição dos serviços odontológicos nos ambulatórios próprios, contratados e sob convênios. Clientela urbana, 1979 - Santa Catarina.

	Próprios	Contratados	Sob Convênios	Total/Atendimentos
Exames	7.564	6.075	*	13.639
Extrações	35.322	358.547	113.861	507.730
Restaurações	111.987	95.786	360.287	568.060
Cirurgias dento-buco-maxilares	6	637	*	643
Radiografias dentárias	49.161	193	25.360	74.714
Pequenas cirurgias	588	2.920	2.088	5.596
Outros	99.352	36.868	192.226	328.446
Total	303.980	501.026	693.822	1.498.828

Fonte: INAMPS em Dados - 1979.³⁰

* Incluídos em outros serviços odontológicos.

Na tabela 12, que se refere aos serviços odontológicos nos ambulatórios próprios, contratados e sob convênio da clientela urbana de Santa Catarina no ano de 1979, o número de extrações nos serviços contratados continua muito alto em relação a qualquer outro atendimento em todos os serviços prestados.

Tabela 13 - Distribuição de consultas odontológicas. Clientela rural, 1979 - Santa Catarina.

Zona	Consultas
Rural	625.473

Fonte: INAMPS em Dados - 1979³⁰

Na tabela 13, que se refere a distribuição de consultas odontológicas para a clientela rural em 1979, no Estado de Santa Catarina, nota-se um aumento do número de consultas em relação ao ano de 1978.

Tabela 14 - Distribuição do movimento ambulatorial de consultas odontológicas. Clientela urbana, 1980 - Santa Catarina.

Próprios	Contratados	Sob Convênio	Total/Atendimentos
424.461	468.229	547.099	1.439.689

Fonte: INAMPS³¹

Na tabela 14, que nos dá a distribuição do movimento ambulatorial de consultas odontológicas da clientela urbana no ano de 1980, no Estado de Santa Catarina, o número de serviços prestados se apresenta maior nos conveniados do que nos outros serviços da Instituição.

Tabela 15 - Distribuição dos serviços odontológicos nos ambulatórios próprios, contratados e sob convênios. Clientela urbana, 1980 - Santa Catarina.

	Próprios	Contratados	Sob Convênios	Total/Atendimentos
Exames	37.506	13.690	40.595	91.791
Extrações	85.567	338.379	121.978	546.324
Obturações	262.069	114.491	353.046	729.606
Cirurgias dento- bucó-maxilares	785	160	26	971
Radiografias dentárias	67.187	84	13.627	80.898
Pequenas cirurgias	1.690	1.460	2.209	5.359
Outros	84.600	29.911	164.892	279.403
Aplicação tópica de flúor	535	355	1.798	2.688
Total	540.939	498.530	698.171	1.737.040

Fonte: INAMPS³¹

Na tabela 15, que se refere à distribuição de serviços odontológicos nos ambulatórios próprios, contratados e sob convênio no Estado de Santa Catarina, no ano de 1980, verificamos o aparecimento das aplicações tópicas de flúor, que merece destaque pelo

aspecto preventivo que a Instituição está adotando. Os outros serviços continuam como nos outros anos, com o alto número de extrações nos serviços contratados, em relação aos outros serviços.

Tabela 16 - Distribuição de consultas odontológicas.
Clientela rural, 1980 - Santa Catarina.

Zona	Consultas
Rural	621.022

Fonte: Relatório final do INAMPS - 1980³¹

Na tabela 16, que se refere à distribuição de consultas odontológicas para a clientela rural em 1980, no Estado de Santa Catarina, nota-se uma diminuição do número de consultas em relação ao ano de 1979.

Tabela 17 - Índices regionais de consultas odontológicas por habitante, 1978 a 1980 - Santa Catarina.

Área	Índice
Urbana	0,63
Rural	0,34

Fonte: Relatório final da Instituição - 1980³¹

Na tabela 17, que nos dá os índices de consultas por habitante urbano e rural no período de 1978, 1979 e 1980, no Estado de Santa Catarina, verifica-se que cada previdenciário tem apenas pouco mais do que a metade de um atendimento odontológico prestado por ano na área urbana, pouco mais que 1/4 deste serviço na área rural. Nota-se que esta média apresenta leve tendência para o aumento. Dentro desta tendência, também permanece estacionária

a relação entre a atenção à área urbana e rural, sendo que a primeira é praticamente o dobro da segunda. Lamentavelmente, constata-se, em mais uma instituição prestadora de bens e serviços em saúde, a concentração de atenção à população urbana em detrimento da população rural. Assim, fica nítido que os serviços odontológicos encontram, no seu compromisso de atenção à população rural, o maior desafio para alcançar a saúde para todos. Se por um lado se reconhece que a população rural, pelas suas características de distribuição não concentrada, dificulta enormemente uma atenção como a do tipo odontológico, por outro lado, os serviços de odontologia precisam urgentemente encontrar uma resposta satisfatória ao nível do direito que cada indivíduo deve dispor, de acesso mínimo e integral à saúde. Isto é particularmente importante para um Estado como o de Santa Catarina, que tem na população rural, grande parte de seu gênio e do esforço do seu desenvolvimento e que, dentro da atual política, não vê consubstanciado em serviços de saúde este seu desenvolvimento.

Outro aspecto de fundamental importância que se pode inferir, a partir desse índice, é o fato dele traduzir, em um número, todo o esforço realizado pelo maior componente da atenção à saúde odontológica à população brasileira, que é o INAMPS. Pouco mais de meia consulta é o que pode ser oferecido à população-cliente. A simples constatação dos índices das principais doenças de interesse odontológico que incidem sobre a população nos dá conta de que as necessidades de serviços odontológicos transcendem em muito esse nível alcançado na produção.

O índice CPO-D da população em idade escolar no Estado atinge a 6 dentes CPO-D em média. Esta é a situação de uma doença e de uma parcela da clientela em uma idade onde as necessidades acumuladas são as mais baixas. Como a tendência natural é o

agravamento da lesão, com conseqüente aumento no custo final do tratamento, é fácil deduzir que esse esforço de meia consulta/habitante não conseguirá modificar essa situação. Tendo presente a situação histórica do setor saúde no país, não se pode pretender aumentos expressivos do índice referido a ponto de, a médio e longo prazo, ter-se alcançado a solução por este caminho. Nota-se que, duplicando todo o existente até agora, e mantendo a população em crescimento zero, atingiríamos uma consulta/habitante.

A par do desenvolvimento das demais instituições do setor, impõe-se, ao nosso ver, uma mudança também quanto à utilização da tecnologia disponível.

Constata-se que é muito pequena a utilização dos métodos preventivos pelos serviços do INAMPS na área de Odontologia. É justo concluir que, sem alterar, esta situação só tenderá a agravar-se. O que hoje poderia ser atendido com uma consulta, amanhã, pela impossibilidade de atendimento, serão necessárias duas ou três consultas, o que agrava as necessidades de tratamento e exige maior grau de atenção, maior complexidade e maior custo social. E isto diminui ainda mais a possibilidade de expansão da cobertura de serviços à população. Por último, cabe também enfatizar a necessidade de uma atenção especial à criança, buscando atingir a solução, enquanto a doença não apresenta maiores níveis de agravamento e enquanto o benefício alcançado atinge o menor custo.

Sem termos conhecimento da produção desenvolvida pelos demais setores da atividade odontológica, aventuramo-nos acreditar que todo o resto não chega a triplicar o esforço gerado pelo INAMPS. Assim, cada catarinense teria menos que duas consultas/ano de atenção odontológica. Um excelente dado para a nossa meditação.

Embora sem podermos analisar profundamente a produtividade dos serviços, o que demandaria em dados não disponíveis, pode concluir-se que o atendimento demonstrado cobre uma parcela reduzida das necessidades de saúde bucal, e isto ainda decresce para a zona rural.

Especificamente em Florianópolis, o INAMPS define uma atenção pediátrica em Odontologia. Dentro de seu quadro de profissionais, encontramos 8 especializados em Odontologia Pediátrica.

Embora na fonte primária da informação haja um item classificatório discriminando a demanda em pediátrica e não-pediátrica, este dado, contudo, não é contemplado no processamento dos relatórios. Assim, nos dados até agora apresentados, não nos foi possível separar a produção de serviços de acordo com esta classificação. O enfoque que queremos emprestar ao conhecimento da atenção pediátrica, que o INAMPS desenvolve nos seus serviços odontológicos, deve-se ao fato de que, seja qual for a política adotada para que o INAMPS consiga reverter as expectativas, a solução, obrigatoriamente, passará por dois tópicos: de um lado, aumento da atenção preventiva, do outro, a ênfase à atenção à criança. A criança tratada é o adulto sem necessidades acumuladas, ou seja, é o tratamento que traz o maior benefício, porque aumenta o tempo útil deste, reduz o sofrimento humano e reduz a possibilidade de agravamento, tendo ainda menor custo.

Esta análise, contudo, é possível graças a uma produção de serviços da Unidade de Odontologia Pediátrica do INAMPS, em Florianópolis. Caracterizando-se quase, como o início da implementação da nova política, esta Unidade espelha o novo enfoque que a Instituição procura dar ao tratamento da criança e que nos parece acertado.

Na unidade de Odontologia Pediátrica do INAMPS, em Florianópolis que teve seu início em 10 de outubro de 1977, atualmente existem 6 profissionais especializados em Pediatria e 1 em Radiologia.

Tabela 18- Distribuição de atendimentos e serviços prestados na Unidade de Odontologia Pediátrica do INAMPS, 1978 - Florianópolis - Santa Catarina

Número de atendimentos	11.691
Serviços prestados	
Exames	662
Extrações	1.862
Restaurações	5.118
Outros	6.690

Fonte: INAMPS³¹

Na tabela 18, que nos dá a distribuição de atendimento e serviços prestados na Unidade de Odontologia Pediátrica do INAMPS no ano de 1978 em Florianópolis - Santa Catarina, o número de serviços prestados por atendimento é 1,22, sendo que o número de restaurações nos chama a atenção por ser bastante elevado em relação aos de extração.

Tabela 19- Distribuição de atendimentos e serviços prestados na Unidade de Odontologia Pediátrica do INAMPS, 1979 - Florianópolis - Santa Catarina

Número de atendimentos	13.304
Serviços prestados	
Exames	*
Extrações	1.285
Restaurações	5.353
Outros	9.606

Fonte: INAMPS³¹

* - O item "exames" está incluído em outros serviços.

Na tabela 19, que nos dá a distribuição de atendimentos e serviços prestados na Unidade de Odontologia Pediátrica do INAMPS no ano de 1979, em Florianópolis - Santa Catarina, o número de serviços prestados por atendimento é 1,22 e novamente o número de restaurações se salienta em relação aos de extrações. O número de "outros" serviços odontológicos está aumentado por neles estarem incluídos o item exames.

Tabela 20 - Distribuição de atendimentos e serviços prestados na Unidade de Odontologia Pediátrica do INAMPS, 1980 - Florianópolis - Santa Catarina

Número de atendimentos	14.733
Serviços prestados	
Exames	1.248
Extrações	1.673
Restaurações	10.538
Aplicações tópicas de flúor	317
Outros	3.560

Fonte: INAMPS³¹

Na tabela 20, que se refere à distribuição de atendimentos e serviços prestados na Unidade de Odontologia Pediátrica do INAMPS, no ano de 1980, em Florianópolis - Santa Catarina, o número de serviços prestados por atendimento, é 1,17. Há um aumento notável do número de restaurações em relação aos outros serviços e o fato que merece destaque é o aparecimento das aplicações tópicas de flúor, o que denota a preocupação do setor com a prevenção.

Tabela 21 - Distribuição de atendimento e serviços prestados em radiologia na Unidade de Odontologia Pediátrica do INAMPS, 1978-1979 e 1980 - Florianópolis - Santa Catarina.

Ano	Atendimentos	Radiografias
1978	695	1.573
1979	727	1.944
1980	1.606	4.453

Fonte: INAMPS ³¹

Na tabela 21, que se refere a distribuição de atendimentos e serviços prestados em Radiologia na Unidade de Odontologia Pediátrica do INAMPS no período de 1978 a 1980 em Florianópolis, Santa Catarina, o número de serviços prestados por atendimento é 2,63%. Nota-se um aumento do número de radiografias no ano de 1980, porque até esta data, esse serviço de radiologia atendia somente os pacientes da Unidade e, a partir de 1980, outros setores da Instituição passaram a encaminhar os pacientes da Pediatria para esse serviço.

Em setembro de 1978, tiveram início as atividades no PAM do Estreito (Florianópolis) que atualmente possui 10 odontólogos, sendo 2 pediatras.

Tabela 22- Distribuição de atendimentos e de serviços prestados em Odontologia Pediátrica no PAM do Estreito, 1978 - Florianópolis - Santa Catarina.

Número de atendimentos	752
Consultas iniciais	256
Em tratamento	492
Tratamento concluído	04
Forramentos	220
Restaurações	230
Exodontias	138
Procedimentos periodontais	24
Curativos	23
Radiografias	34
Outros	91

Fonte: INAMPS³¹

Na tabela 22, que se refere ao número de atendimentos e serviços prestados, em Odontologia Pediátrica, no Posto de Assistência Médica do INAMPS, no Estreito (Florianópolis), no ano de 1978, chamam a nossa atenção o número de forramentos e o número de restaurações. Não nos foi possível saber se o forramento é o mesmo que restauração provisória ou se é realmente forramento antes da restauração definitiva.

Tabela 23 - Distribuição de atendimentos e serviços prestados em Odontologia Pediátrica no PAM do Estreito, 1979 - Florianópolis - Santa Catarina

Número de atendimentos	2.693
Exames	-
Forramentos	372
Restaurações	1.503
Exodontias	415
Procedimentos periodontais	9
Procedimentos endodônticos	56
Radiografias	1
Pequenas cirurgias	1

Fonte: INAMPS³¹

Na tabela 23, que se refere ao número de atendimentos e serviços prestados em Odontologia Pediátrica, no PAM do Estreito (Florianópolis), no ano de 1979, novamente a desproporção do número de restaurações em relação à forramentos.

Tabela 24 - Distribuição de atendimentos e serviços prestados em Odontologia Pediátrica no PAM do Estreito, 1980 - Florianópolis - Santa Catarina.

Número de atendimentos	4.413
Exames	500
Restaurações	1.989
Exodontias	499
Pequenas cirurgias	10
Cirurgias buco-maxilo-facial	267
Radiografias	1
Aplicações tópicas de flúor	58
Tratamento incremental	178
Tratamento ao excepcional	2
Outros	1.437

Fonte: INAMPS³¹

Na tabela 24, que se refere ao número de atendimentos e serviços prestados em Odontologia Pediátrica no PAM do INAMPS, no Estreito, Florianópolis, no ano de 1980, desapareceu o item de Forramentos e merecem destaque o aparecimento dos itens tratamento incremental, tratamento ao excepcional e a ação preventiva da Instituição através das aplicações tópicas de flúor.

c) Capacidade instalada

Embora o recurso humano constitua o elemento fundamental na prestação de serviços do setor saúde, a capacidade instalada é um importante item de influência no grau de atenção desenvolvido nos chamados centros de produção de serviços odontológicos. Lamentavelmente, o controle patrimonial não está estruturado dentro

da Instituição de modo a permitir informações sobre a vida útil dos equipamentos e estimativas de reposição do material e equipamento em obsolescência. Esta é mais uma limitação a que é submetida a direção técnica do programa. Mesmo assim, sem a possibilidade de apresentar dados conclusivos, incorporamos a este trabalho alguns informes sobre a capacidade instalada da Instituição para o programa de Odontologia.

Tabela 25 - Distribuição de equipos e aparelhos de RX odontológicos no período de 1979 e 1980 - Santa Catarina.

Ano	Equipos			Aparelhos de RX		
	Funcionando		Existente	Funcionando		Existente
	Quantidade	Hora/dia	Quantidade	Quantidade	Hora/dia	Quantidade
1979	67	568	80	11	77	11
1980	73	876	74	12	144	12

Fonte: INAMPS em Dados - 1979³⁰ e 1980³¹

Na tabela 25, que se refere à distribuição de equipos e aparelhos de RX odontológicos nos serviços próprios do INAMPS, no período de 1979 e 1980, verificamos que, no ano de 1979, existiam 80 equipos, dos quais 67 estavam em uso.

No ano de 1980, existiam 74 equipos e estavam em uso, 73. Vemos que 6 equipos não constam mais no serviço e apenas 1 não está em uso. Nos 2 anos citados, estes equipamentos funcionavam num total de 12 horas/dia.

No ítem de aparelhos de RX, no ano de 1979, existiam 11 deles e todos estavam em uso. No ano de 1980, o seu número foi aumentado para 12, todos em uso. Nos dois anos citados, estes aparelhos estavam em função, 12 horas/dia.

d) Convênio INAMPS/UFSC¹¹

A 17 de agosto de 1978, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, e a Universidade Federal de Santa Catarina, assinaram um convênio de prestação de serviços ambulatoriais de assistência odontológica aos beneficiários da Instituição, pelo ambulatório do Curso de Odontologia, na cidade de Florianópolis. Esta assistência deveria ser prestada por equipes nas atividades de Odontoclínica e Odontologia Pediátrica, abrangendo as formas curativa e profilática.

Pela prestação de serviços e em complementação aos recursos próprios da UFSC, a Instituição contribuiu com um subsídio mensal calculado em função da capacidade instalada, limitando em 8 consultas por dia a produção por odontólogo, numa jornada de 5 horas de trabalho. Por consulta, entende-se o atendimento do paciente que resulte em prestação conclusiva de um tratamento ou procedimento odontológico.

Quando não alcançado o número de consultas que serviu de base para a fixação do valor do subsídio, este seria reduzido em proporção. Este convênio teria a duração de 12 meses, prorrogável por períodos iguais, nas mesmas condições, com reajuste de subsídio.

No ano de 1978, participaram da execução dos serviços, 337 alunos, em 1979, 352 alunos e em 1980, 348 alunos. Os professores são em número de 46 e pertencem às cadeiras de Dentística II e Endodontia II, Dentística III e Endodontia III, Cirurgia I e II, Prótese II e IV, Radiologia e Odontologia Pediátrica.

O número de equipamentos odontológicos é de 90, com 7 aparelhos de RX intra-buciais e 1 aparelho de RX extra-bucal.

O controle das informações para a avaliação é feito através

de um fichário central.

Consideramos este convênio de grande importância, pois é uma união do órgão formador de profissionais com o órgão maior utilizador desses profissionais.

A repercussão no ensino é positiva e, também para a Instituição, que com a ocupação da área física e recursos humanos da escola, gera maior quantidade de serviços prestados à população previdenciária, além de colocar os futuros profissionais diretamente em contato com a realidade dos problemas de saúde da população.

Em 1979 foram feitas 77.635 consultas odontológicas nos ambulatórios do curso, dentre estas, 23.305 eram em pediatria, e prestados 91.416 serviços.

Em 1980 foram feitas 53.802 consultas, dentre estas 11.492 eram pediátricas, e prestados 55.528 serviços.

Com o início do convênio, houve uma grande demanda dos serviços nos ambulatórios da escola, causando um maior número de consultas e de serviços prestados. A partir de 1980, cada cadeira limitou o número de pacientes para seu melhor atendimento docente. Isto pode ter sido a causa da diferença para menos, de consultas e serviços prestados à população. Também a mudança de formulários e conseqüente aperfeiçoamento das informações, é entendida pelos responsáveis como explicação para o fato.

Independentemente dos eventuais números alcançados na produção de serviços dentro deste convênio, ressalta-se que sua maior importância é no que ele representa em termos de coordenação inter-institucional.

Não é comum no setor saúde brasileiro a valorização do processo coordenativo entre as diversas instituições. Pelo contrário,

a descoordenação tem sido apontada como causa de muitas das crises pelas quais passa o setor.

Assim, registre-se este fato de intenso poder progressista.

Convênios do INAMPS com as Secretarias de Saúde estaduais e com o Ministério de Saúde, a exemplo deste, seriam sumamente desejáveis para um novo caminho para o setor.

CAPÍTULO VI

6. SUGESTÕES

1. Aumentar os relacionamentos de coordenação entre a área de Planejamento e as Gerências dos programas com ênfase à Coordenadoria de Informática, para facilitar o controle de execução desses programas, através de informações úteis.
2. Criar programas específicos de atenção à criança, buscando atingir uma solução enquanto a doença não apresenta maiores níveis de agravamento e enquanto o benefício alcançado atinge o menor custo, com implementação de métodos preventivos pelos serviços da Instituição.
3. Permitir uma orientação continuada dos profissionais, a exemplo do convênio com a UFSC, como forma de melhorar a capacidade de treinamento.
4. Buscar integração institucional com os serviços das Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios, aumentando a utilização da capacidade instalada nestes serviços e, desta maneira, ampliar a cobertura populacional.

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSÕES

1. Apesar dos esforços de seu quadro próprio, contratados e convênios, a atenção odontológica do INAMPS atinge apenas uma percentagem pequena da população.

2. A Instituição não desenvolve um programa de prevenção nos níveis compatíveis com a importância do método.

3. O convênio da UFSC com o INAMPS surge como algo de novo em busca de melhor e maior número de serviços prestados, bem como da coordenação entre esses dois setores.

4. Há dificuldade de reorientar a clientela para tratamento do tipo incremental com ênfase na criança, pela desproporção entre os serviços produzidos e a necessidade de serviços de saúde acumulada na clientela.

CAPÍTULO VIII

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABBUD, R. & ROCCA, R. A. Prevalência de cárie dentária em escolares da cidade de Presidente Prudente, São Paulo. Rev. Fac. Farm. Odont. Araraquara, 7(1):25-40, jan./jun. 1973.
2. ALVES, A. Prev- saúde serviços básicos para todos. Rev. Bras. Clin. Terap., 10(1): dez./jan. 1980/81.
3. Anais do 1º Congresso de Medicina de Grupo. São Paulo, 1978.
4. ANDRIONI, J. N. et alii. Prevalência de gengivite e da cárie dentária. Estudo comparativo realizado em escolares brasileiros brancos da zona rural de Araçatuba. Rev. Bras. Odont., 26:3-10, jan./fev. 1969.
5. XXXII Assembléia Mundial da Saúde. OMS. 1979
6. Boletín del Instituto Interamericano del niño. Tomo II. Publicación trimestral, nº 202-203, set./dic., 1977, Montevideo, Uruguay.
7. CHAVES, M. M. Odontologia social. Rio de Janeiro, Labor do Brasil, S.A., 2 ed., 1977.
8. _____. Saúde e sistemas. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1972.
9. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma -Ata, URSS, 1978.
10. VII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1980.
11. Convênio de Prestação de Serviços UFSC/INAMPS. 1978.

12. DONOSO, G. Atención de salud y acción comunitária. Cronica de la OMS, 32:111-14. 1978.
13. FRANKEL, J. M. & CHAVES, M. M. Princípios básicos para a organização de um serviço dentário escolar. Rev. Bras. Odont., Rio de Janeiro, 59:236-48, 1952.
14. GARRAFA, V. O brasileiro pode abrir a bôca? OCB - Revista Nac. de Cooperativismo. 18. São Paulo, 1980.
15. KATZ, S. et alii. Odontologia preventiva en acción. Argentina, Editorial Médica Pan Americana, S.A. 1975.
16. LUCE, F. A. et alii. Atividades e organização do serviço de odontologia sanitária. In: Anais do Congresso Odontológico Brasileiro. Rio de Janeiro, jul., 1965. p.374-81.
17. MACIEL, R. A. Índices de afecções periodontais e de higiene bucal em escolares de 7 a 12 anos, brancos, da zona urbana da cidade de Florianópolis. Tese de Mestrado. 1974.
18. _____ . Prevalência de doença periodontal em escolares de 7 a 12 anos de idade, negros, de ambos os sexos, da zona urbana da cidade de Florianópolis. Tese de Livre Docência. 1975.
19. _____ . Prevalência de doença periodontal em escolares de 7 a 12 anos de idade, localizadas em área urbana abastecida com água fluoretada na cidade de Brusque. Tese de Professor Titular. 1979.
20. MAHLER, H. Plan de salud para todos. Cronica de la OMS. 31:548-56. 1977
21. MAKOWIECKY, N. Prevalência de cárie dentária em 277 escolares, alunos novos da 1^a série do 1º Grau, de 7 a 8 anos de idade, de ambos os sexos, de 35 escolas públicas localizadas na zona rural da Grande Florianópolis, Estado de Santa Catarina. Tese de Mestrado, 1978.
22. MATTOS NETO, G. Atualização do Serviço de Odontologia do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, Imprensa Universitária. 29p. 1965.
23. MAZUREK, A. M. Prevalência da cárie dentária em primeiros molares permanentes de escolares de 7-12 anos de idade matriculados nos estabelecimentos de ensino de 1º Grau da zona urbana do município de Imbituva-PR. Tese de Mestrado. 1980.

24. MENDES, G. et alii. Atendimento a escolares de Minas Gerais dentro do sistema incremental tipo Aimorés. In: Anais do 9º Congresso Odontológico Brasileiro, Rio de Janeiro, 1965. p.55-68.
25. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Orientação de serviço nº SAM 307.1, 1975.
26. _____. Decreto nº 78415, 1976.
27. _____. Lei nº 6439/77, 1977.
28. _____. PT/MPS nº 838, 1977.
29. _____. MPAS/INAMPS. INAMPS em Dados. 1979.
30. _____. MPAS/INAMPS. INAMPS em Dados. 1979.
31. _____. MPAS/INAMPS. Relatórios finais. 1980.
32. OLIVEIRA, A.M.C. Prevalência de cárie dentária em primeiros molares permanentes de escolares novos do 1º Grau na zona rural da 1ª CRE em Florianópolis. Tese de Mestrado, 1978
33. OROFINO, M.E.M. et alii. Estudo sobre a incidência de cárie dentária em 2.288 escolares primários de Florianópolis, Santa Catarina. Rev. Gaúcha de Odont., 5 (3):76-9. jul./set. 1957.
34. PREV-SAÚDE: Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde. Ante-projeto. 1980.
35. Resolução nº CD/DNPS 443, 1969. Ato Normativo nº 48.
36. RODRIGUES, B. A. Fundamentos da administração sanitária. Rio de Janeiro, Livraria Freitas Bastos S.A. 1975.
37. ROS, Z. & FOSSATI, G. Odontologia escolar. In: Anais do 9º Congresso Odontológico Brasileiro, Rio de Janeiro, 1965. Rio de Janeiro, p.97-117.
38. TINOCO, A. F. et alii. Prevalência de cárie dentária na cidade de Areia Branca, Estado do Rio Grande do Norte. Rev. Paul. Cirurg. Dent., 20:170-3. jul./ago. 1966.
39. TUMANG, A. J. Introdução à Odontologia de Saúde Pública. Apostila dadilografada. 1970.
40. VIGGIANO, R. D. Índice gengival e índice de placa dentária, em crianças de 7 a 12 anos de idade de ambos os sexos, de escolas públicas da zona urbana da cidade de Florianópolis. Tese de Livre Docência. 1974.

41. VIGGIANO, R. D. Prevalência de gengivite em crianças de 6 a 13 anos, de ambos os sexos, de escolas públicas da zona rural da Grande Florianópolis, Santa Catarina. Tese de Professor Titular. 1979.

ANEXOS

SECRETARIA DE MEDICINA
SOCIAL

SECRETÁRIO

APOIO
ADMINISTRATIVO

SECRETÁRIA

DEPARTAMENTO DE
SAÚDE INDIVIDUAL

COORDENADORIA DE PROGRAMA
DE ASSISTÊNCIA A URBANOS

COORDENADORIA DE PROGRAMA
DE ASSISTÊNCIA A RURAIS

COORDENADORIA DE PROGRAMA
DE ASSISTÊNCIA ESPECIAL

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA
FARMACÉUTICA

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA
PSICOLÓGICA

COORDENADORIA DE CONVÊNIO

DEPARTAMENTO DE
CONTROLE E AVALIAÇÃO

COORDENADORIA DE CONTROLE
E AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS
PRÓPRIOS

COORDENADORIA DE CONTROLE
E AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS
CONTRATADOS

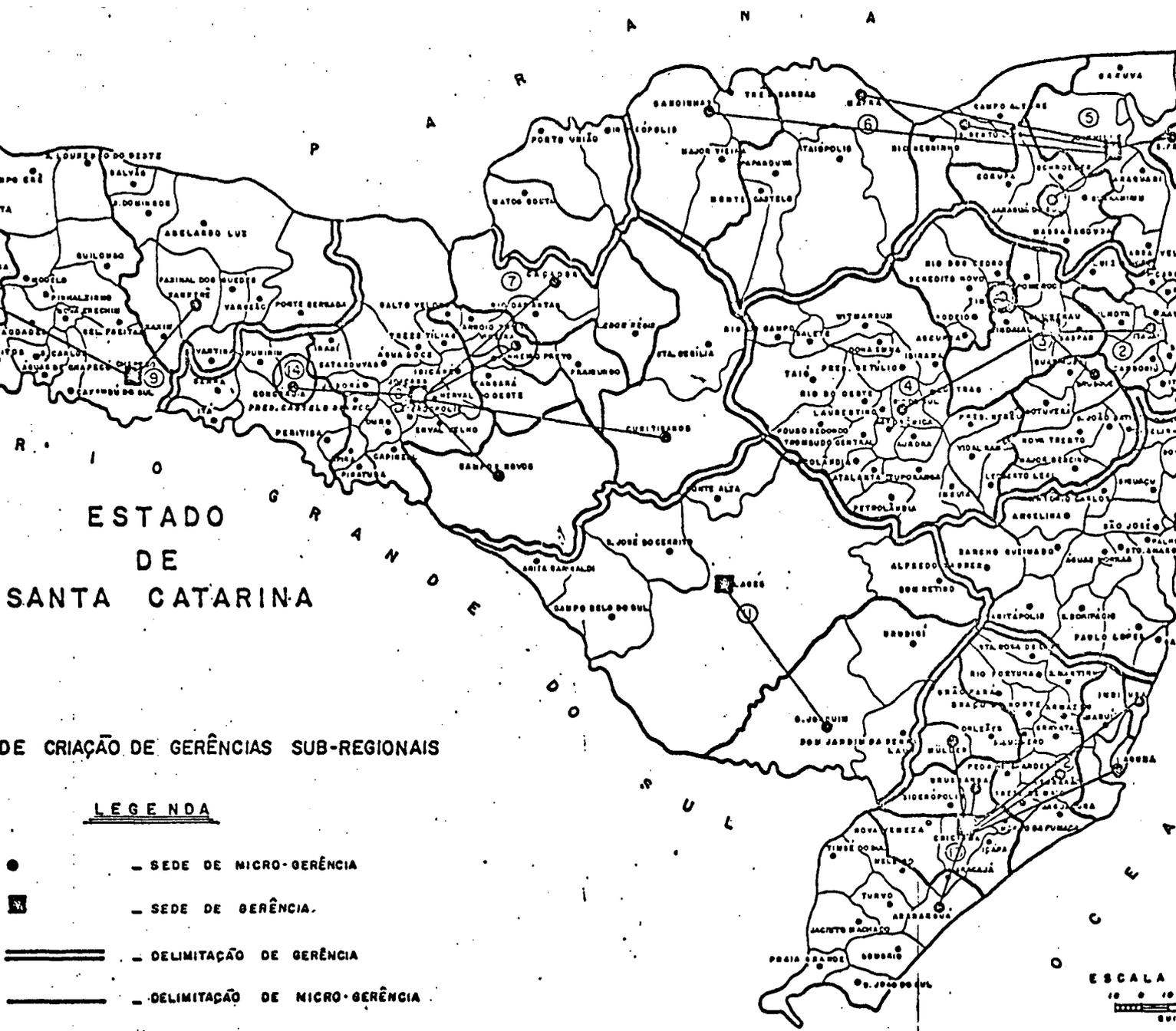
COORDENADORIA DE CONTROLE
E AVALIAÇÃO DE CONVÊNIO

DEPARTAMENTO DE
ADMINISTRAÇÃO MÉDICA

COORDENADORIA DE ADMINISTRAÇÃO
DE UNIDADES
TÉCNICAS

COORDENADORIA DE ADMINISTRAÇÃO
DE RECURSOS FINANCEIROS
E MATERIAIS

COORDENADORIA DE ADMINISTRAÇÃO
DA EQUIPE





CINCO PRINCIPAIS PROBLEMAS:

[Empty box for listing five main problems]

Ao Senhor

[Empty space for recipient name and address]

LOCAL E DATA

ASSINATURA E CARGO OU FUNÇÃO DO EMITENTE

VISTO

INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

CLINICA ODONTOLÓGICA

HOSPITAL, AMBULATORIO OU PU

NOME										IDENTIFICAÇÃO	
RESIDÊNCIA										PRONTUÁRIO	
SEXO	CÔR	IDADE	EST. CIVIL	NATURALIDADE	PROFISSÃO	SITUAÇÃO			ENCAMINHADO PELA CLÍNICA		
						A	I	D			

DENTES PERMANENTES

-8-	-7-	-6-	-5-	-4-	-3-	-2-	-1-	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

DENTES TEMPORÁRIOS

-V-	-IV-	-III-	-II-	-I-	-I-	-II-	-III-	-IV-	-V-
-----	------	-------	------	-----	-----	------	-------	------	-----

CONVENÇÕES:

A - Ausente
H - Higido

C - Cariado
Co - Obturado
/ - A Extrair

X - Extraído
PF - Prótese Fixa
PM - Prótese Movel

ASPECTO GERAL DA CAVIDADE BUCAL

Tártaro
Gengivite
Estomatite

OUTROS DADOS:

ANAMNESE

Alergia
Cordiopatía
Diabetes
Epilepsia
Hemofilia
Hemorragio
Hipertensão
Psicopatía
Tuberculose

OUTRAS INFORMAÇÕES

EXAMES REQUISITADOS

DATA	NATUREZA	RUBRICA	DATA DO EXAME / /

ASSINATURA — G R O

(Carimbo)

DATE OF BIRTH	

AGE	

STATE OF TEXAS
 COUNTY OF DALLAS
 DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
 DIVISION OF PUBLIC HEALTH

SEX	

HAIR	

EYES	

COMPLEXION	

HEIGHT	

WEIGHT	

VD	

VD	

VD	

VD	

VD	

VD	

VD	

VD	

VD	

VD	

VD	

VD	

STATE OF TEXAS
 COUNTY OF DALLAS
 DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
 DIVISION OF PUBLIC HEALTH
 HEALTH CARE PROVIDER
 NAME: _____
 ADDRESS: _____
 CITY: _____ STATE: _____ ZIP: _____
 LICENSE NO.: _____
 EXPIRES: _____



INAMPS

INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE PLANEJAMENTO
DEPARTAMENTO DE INFORMATICA

- SP - SERVIÇOS PRODUZIDOS -

NORMAL
1
RETIFICAÇÃO
2

ANEXO 8

NÚMERO DA FOLHA

NÚMERO DO BOL

/ 80

NOME

CÓDIGO DA U.O.

5 4

MUNICÍPIO

SIGLAUF

MAT. CONVÊNIO RURAL

CLIENTELA

TIPO DE SERVIÇO

1 URBANA

2 EMPREGADOR RURAL

3 TRABALHADOR RURAL

1 PRÓPRIO

2 CONTRATADO

3 CONVENIADO

TIPO DE CONVÊNIO

1 EMPRESA

2 SINDICATO

3 UNIVERSIDADE

7 OUTRAS ENTIDADES

4 ÓRGÃO FEDERAL

5 ÓRGÃO ESTADUAL

6 ÓRGÃO MUNICIPAL

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

PRODUTO	CÓD.	QUANTIDADE	DV
RECEITAS ATENDIDAS	017		5

ASSISTÊNCIA AO ACIDENTADO DO TRABALHO

AMBULATORIAL				HOSPITALAR			
PRODUTO	CÓD.	QUANTIDADE	DV	PRODUTO	CÓD.	QUANTIDADE	DV
ADMISSÕES	001		9	INTERNAÇÕES	018		3
ALTAS	002		7	ALTAS	019		1

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR - INTERNAÇÕES

PRODUTO	TIPO	CÓD.	QUANTIDADE	DV	CIRURGIA				
CLÍNICA MÉDICA	COMUM	003		5	PORTE	PRCDUTO	CÓD.	QUANTIDADE	DV
	URG.	004		3		PEQUENA CIRURGIA	020		5
CLÍNICA CIRÚRGICA	COMUM	005		4		MÉDIA CIRURGIA	021		3
	URG.	006		0	GRANDE CIRURGIA	022		4	
CLÍNICA OBSTÉTRICA	COMUM	007		8	OBSTETRICIA				
	URG.	008		6	PRODUTO	CÓD.	QUANTIDADE	DV	
CLÍNICA FISIOLOGICA	COMUM	009		4	PARTOS NORMAIS	023		0	
	URG.	010		8	PARTOS CIRÚRGICOS	024		8	
CLÍNICA PSIQUIÁTRICA	COMUM	011		6	CURETAGEM	025		6	
	URG.	012		4	INTERCOMÉDICAS NAT.CIRURG.	NAT. CLÍNICA	026		4
CLÍNICA PEDIÁTRICA	COMUM	013		2		PEQUENA CIRURGIA	027		2
	URG.	014		0		MÉDIA CIRURGIA	028		0
CLÍNICA ONCOLÓGICA	COMUM	015		9	GRANDE CIRURGIA	029		9	
	URG.	016		7					

EXAMES DE PATOLOGIA CLÍNICA EM INTERNADOS

033

2

EXAMES RADIOLÓGICOS EM INTERNADOS

031

0

TOTAL DAS QUANTIDADES LANÇADAS NOS CÓDIGOS DE 001 A 031

888

LÓCAL	DATA	RESPONS. PREENCHIMENTO	CHEFIA
	/ /		

ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

CONSULTAS MÉDICAS			
PRODUTO	CÓD	QUANTIDADE	DV
SPA	032		9
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	033		7
CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS	ALERGIA	034	6
	CARDIOLOGIA	035	3
	CIRURGIA GERAL	036	1
	CIR. VASC. PERIFÉRICA	037	0
	CLÍNICA MÉDICA	038	6
	DERMATOLOGIA	039	6
	ENDOCRINOLOGIA	040	0
	GASTROENTEROLOGIA	041	8
	GINECOLOGIA	042	6
	HEMATOLOGIA	043	4
	MEDICINA FÍSICA	044	2
	NEFROLOGIA	045	0
	NEUROCIRURGIA	046	9
	NEUROLOGIA	047	7
	OBSTETRÍCIA	048	8
	OFTALMOLOGIA	049	3
	ONCOLOGIA	050	7
	OTORRINOLARINGOLOGIA	051	5
	PEDIATRIA	052	3
	PNEUMOLOGIA	053	1
PROCTOLOGIA	054	0	
PSIQUIATRIA	055	8	
REUMATOLOGIA	056	6	
TISILOGIA	057	4	
TRAUMATO - ORTOPEDIA	058	2	
UROLOGIA	059	0	
HANSENÍASE	060	4	
OUTRAS	061	2	

X ODONTOLOGIA			
PRODUTO	CÓD	QUANTIDADE	DV
URGÊNCIA	062		0
CONSULTAS PROGRAMA COMUNS	ODONTOCLÍNICA	063	9
	ODONTOPEDIATRIA	064	7
	ODONTORRADIOLOGIA	065	8
	INCREMENTAL	066	8
	EXCEPCIONAL	067	1
	CANCER BUCAL	068	0
SERVIÇOS	EXAME	069	8
	EXTRAÇÃO	070	1
	RESTAURAÇÃO	071	0
	PEQUENA CIRURGIA	072	8
	CIRURGIA BUCCO-MAXILO-FACIAL	073	6
	RADIOGRAFIA	074	4
	APLICAÇÃO DE FLUOR	075	2
OUTROS	076	0	

SERVIÇOS COMPLEMENTARES			
PRODUTO	CÓD	QUANTIDADE	
ANATOMIA PATOLÓGICA	077		
ELETROCARDIOGRAMA	078		
ELETROENCEFALOGRAMA	079		
ENDOSCOPIA	080		
MEICINA NUCLEAR	081		
OUTROS	082		
RADIOLOGIA			
PRODUTO	TIPO	CÓD	QUANTIDADE
SISTEMA OSTEO-ARTICULAR	EXAM	083	
	INCID	084	
TELERRADIOGRAFIA DO TORAX	EXAM	085	
	INCID	086	
TOMOGRAFIA	EXAM	087	
	INCID	088	
ARTERIOGRAFIA	EXAM	089	
	INCID	090	
FLEBOGRAFIA	EXAM	091	
	INCID	092	
APARELHO GENITAL	EXAM	093	
	INCID	094	
APARELHO URINÁRIO	EXAM	095	
	INCID	096	
APARELHO DIGESTIVO	EXAM	097	
	INCID	098	
ABREUGRAFIA	EXAM	099	
	INCID	100	
OUTROS	EXAM	101	
	INCID	102	
PATOLOGIA CLÍNICA			
PRODUTO	CÓD	QUANTIDADE	
BACTERIOLOGIA	103		
BIOQUÍMICA	104		
HEMATOLOGIA	105		
PARASITOLOGIA	106		
OUTROS	107		
TERAPIA			
PRODUTO	CÓD	QUANTIDADE	
PEQUENA CIRURGIA	108		
FISIOTERAPIA	109		
RADIOTERAPIA	110		
HEMOTERAPIA	111		
HEMODÍALISE	112		
QUIMIOTERAPIA	113		
CURATIVOS	114		
VACINAS	115		
INALOTERAPIA	116		
IMOBILIZAÇÃO	117		
OUTRAS	118		

TOTAL DAS QUANTIDADES LANÇADAS NOS CÓDIGOS DE 032 A 118

999

QUESTIONÁRIO

INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO ODONTOPEDIÁTRICO EFETUADO NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1978 A JUNHO DE 1980.

1. Existem fichas especiais para o registro do atendimento das crianças? SIM () NÃO ()
2. Número de consultórios odontológicos. ()
3. Existem aparelhos de RX? SIM () NÃO () QUANTOS ()
4. Número de cirurgiões-dentistas que trabalham no serviço? ()
5. Existem materiais e equipamentos (instrumental) disponíveis para realizar os diversos tipos de tratamentos que deveriam ser executados? SIM () NÃO ()
6. Existe um horário especialmente para o atendimento das crianças? SIM () NÃO ()
 QUAL? Matutino das _____ às _____ hs.
 Vespertino das _____ às _____ hs.
7. No caso de não haver um profissional especialista em odontopeditria...
 Existe um profissional que prefere atender crianças?
 SIM () NÃO ()
8. Número de crianças atendidas no período de janeiro de 1978, 1979 a junho de 1980. ()

COMISSÃO DE MEDICINA E ODONTOPEDIÁTRIA

9. Tipo de tratamentos executados (quantidades).

Consultas iniciais	()
Solicitações de RX	()
Medicados	()
Curativos	()
Exodontias	()
Forramentos	()
Restaurações	()
Endodontias	()
Tratamentos periodontais	()
Pequenas cirurgias	()
Aplicações tópicas de flúor	()
Outras intervenções	()