UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
CÂMPUS DE ARAÇATUBA – FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA INFANTIL E SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL

CARLOS AYACH

Sistema de Auditoria no SUS: Análise dos dados de produção e glosas no serviço odontológico na rede pública.

ARAÇATUBA-SP
2011

CARLOS AYACH

Sistema de Auditoria no SUS: Análise dos dados de produção e glosas no serviço odontológico na rede pública.

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita" – UNESP, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontologia Preventiva e Social.

Orientadora: **Profª. Drª. Suzely Adas Saliba Moimaz.**

ARAÇATUBA-SP
2011

DEDICATÓRIA

À minha esposa "Lucy", minha maior colaboradora e incentivadora nos estudos e na vida, pelo amor, dedicação e paciência, principalmente nos inúmeros momentos em que estive ausente.

Aos meus filhos Eduardo e Fernando que souberam compreender a minha ausência e demonstraram o seu amor incondicional.

A meu pai Kalil Ayach (In memorian) e minha mãe Adibi, que sempre me apoiaram em tudo e me deram o presente da vida e por ideais, incentivando a prosseguir na vida, independente dos obstáculos.

À minha família, pelo apoio incondicional, que não poupou esforços em oferecer ajuda e que sempre torceram por mim.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Á Deus e o nosso Senhor Jesus Cristo meu primeiro orientador e a Nossa Senhora do Perpétuo Socorro no amparo nos momentos de angústia.

"Não andeis ansiosos por coisa alguma; antes em tudo sejam os vossos pedidos conhecidos diante de Deus pela oração e súplica com ações de graças; e a paz de Deus, que excede todo o entendimento, guardará os vossos corações e os vossos pensamentos em Cristo Jesus".

(Felipenses 4: 6-7)

A minha orientadora e amiga Professora Doutora Suzely Adas Saliba Moimaz que me orientou muito além da elaboração da dissertação, mas acima de tudo na vida profissional, dando exemplos de postura, de como se dedicar ao trabalho e por ter confiado em mim.

AGRADECIMENTOS

À Professora Drª Nemre Adas Saliba, pela postura e firmeza demonstrada ao contribuir na Saúde Pública do Brasil e também pela confiança depositada na minha pessoa.

Ao professor Doutor Orlando Saliba, pelo carinho demonstrado nos momentos mais difíceis e pela disposição que demonstrou em ensinar.

À coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP, Cléa Adas Saliba Garbin pelo trabalho, dedicação e acima de tudo o carinho demonstrado nesta caminhada.

Aos demais professores do Programa de Pós-Graduação: Profº Artênio José Isper Garbin, Profª Dóris Hissako Sumida, Profª Maria Lúcia Marçal Massa Sundefeld, Professor Renato Moreira Arciéri, Professor Ronald Jefferson Martins, Professora Ana Paula Dossi, Professora Ana Claudia Okamoto, Professora Tânia Adas Saliba Rodovida pela contribuição científica e desprendimento do Saber.

Aos meus amigos de turma Ana Carolina Graça Fagundes, Milene Moreira Silva, Renata Reis dos Santos, Marco Aurélio Borella Rodrigues pelo carinho que me acolheram como uma família, me orientando, ajudando nos momentos de dificuldade.

Aos colegas Fernando Yamamoto Chiba, Tatiana de Freitas Barbosa, Thaís Jaqueline Vieira de Lima, Luiz Fernando Lolli, Fabiano Tonaco Borges, Wanilda Maria Meire Costa Borghi pelo apoio nesta caminhada.

Aos funcionários do Departamento de Odontologia Infantil e Social: Neusa Martins Rovina Antunes, Nilton César Souza e Valderez Freitas Rosa, sempre dispostos a ajudar.

Aos funcionários da Biblioteca: Ana Cláudia Grieger Manzatti, Cláudia de Souza Frare, pela atenção e eficiência com que sempre me atenderam.

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação: Diogo Reatto, Valéria Queiroz Marcondes Zagatto, pelo excelente trabalho, atenção dispensada e grande disposição em atender.

Aos pacientes do consultório e escolas pela paciência e compreensão nos momentos que estive ausente.

As Secretarias Municipais de Saúde de Aquidauana e Anastácio pela dispensa para realização do curso.

Aos Colegas da Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento de Aquidauana e Anastácio pelo apoio e compreensão durante esta jornada.

EPÍGRAFE

"Á vida canta em nossos silêncios, e sonha nosso descanso, mesmo quando somos vencidos e abatidos, a vida é entronizada e suprema. Quando choramos, a vida sorri para o dia, que é livre, mesmo quando arrastamos nossas correntes"

Kahlil Gibran

AYACH, C. **Sistema de Auditoria no SUS: Análise dos dados de produção e glosas no serviço odontológico na rede pública.** 102f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba 2011.

RESUMO

O Sistema de Auditoria no setor saúde é fundamental, pois permite a avaliação da veracidade das informações e a resolubilidade da prestação de serviços, pressupondo o desenvolvimento de um modelo de atenção adequado. Nesta pesquisa, objetivou-se analisar as atividades da auditoria no Sistema Único de Saúde no serviço de saúde bucal do município de Aquidauana (MS); fazer o levantamento das principais justificativas de glosas e das perdas de produção; analisar as atividades desenvolvidas pelas equipes da Estratégia da Saúde da Família. É um estudo epidemiológico de série histórica retrospectiva, com abordagem quantitativa, entre os anos de 2001 a 2010. Foi realizada análise documental e revisão bibliográfica sobre os sistemas de auditoria e o papel do auditor no serviço odontológico. Para o levantamento dos dados de produção, perdas, justificativas de glosas e cumprimento de metas foram utilizadas respectivamente, o sistema de informação do DATASUS, relatórios realizados pelo Sistema Municipal de Auditoria do município de Aquidauana (MS), relatórios dos indicadores propostos pelos Decretos nº 11.684/2004 e nº 12.005/2005 da Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul que estabelece mensalmente o mínimo de 10 visitas domiciliares, 26 tratamentos completados e uma atividade educativa. Os resultados mostraram que a atuação da auditoria é abrangente no gerenciamento do sistema, consistindo no controle, avaliação, supervisão e orientação, bem como na garantia da participação social e acesso aos serviços. Neste período foram apresentados 921.300 procedimentos odontológicos; sendo 223.226 (24,2%) procedimentos individuais e 698.074 (75,8%) coletivos. Ocorreram 23.881 glosas (2,6%), sendo 10.158 (42,5%) nos procedimentos coletivos e 13.723 (57,5%) nos individuais. Constatou-se que a causa mais frequente de glosas referente aos procedimentos individuais foi a repetição de procedimento no mesmo paciente e no mesmo dente (42,4%), seguido de erro de digitação (13,2%). Nas atividades coletivas, foi a não realização do programa coletivo de saúde bucal (68,9%), seguido de profissional não cadastrado na Unidade de Saúde (13%). Houve um aumento da perda dos procedimentos individuais passando de menos de 5% no período de 2001 a 2007, para 5,8% em 2008, 8,9% em 2009 e 14,1% em 2010 e nos procedimentos coletivos a perda atingiu 4% em 2010. Em relação ao cumprimento dos indicadores estabelecidos para as nove Unidades da Estratégia da Saúde da Família; no item visitas domiciliares duas Unidades atingiram a meta em 2007, uma em 2008, quatro em 2009 e três em 2010; com referência a finalização de tratamento, uma Unidade atingiu em 2009 e uma em 2010; em relação a atividades educativas, seis atingiram em 2007, seis em 2008, sete em 2009, dois em 2010. Conclui-se que a causa mais frequente de glosas foi à repetição de procedimento no mesmo paciente e no mesmo dente nos procedimentos individuais e a não realização do programa coletivo nas atividades coletivas. Houve aumento da perda de produção. A maioria das equipes da saúde da família não atingiu as metas preconizadas. A necessidade de mudança no processo de trabalho com planejamento das atividades. O sistema de auditoria é um instrumento administrativo confiável e essencial para os gestores no desenvolvimento das ações de saúde.

Palavras-chave: Auditoria Odontológica. Saúde pública. Serviços Odontológicos.

AYACH, C. **Auditing system in the Single Health System: Data analysis of production and glosses in odontological services in public health.** 2010. 102 f. Master thesis – Faculty of Odontology, São Paulo State University, Araçatuba 2011.

ABSTRACT

Auditing system in public health is furthermost important, as it permits the evaluation of veracity of information and to access the accuracy in delivering services, assuming a model of adequate attention. The research objectives were to analyze auditing activities in oral health from the Single Health System within the municipality of Aquidauana (MS); to find the main justifications for glosses and losses in production; and to analyze activities developed by the strategic family health units. This is an epidemiological study of a retrospective historical series, with a quantitative approach, from 2001 to 2010, with a documental analysis and literature review about the auditing systems and the role of the auditor in odontological services. To compile the data from production, losses in procedures, and justifications for glosses as well as the achievement of targets, the database DATASUS was used, reports from the municipal system of auditing in the municipality of Aquidauana (MS) and reports and indicators from decrees 11,684/2004 and 12,005/2005 from the Health State Office of Mato Grosso do Sul- which establishes a minimum of 10 home visits monthly, 26 treatments completed and one education activity. Results show a broad range of activities from the auditing system in the system management, including activities for control, evaluation, supervision, orientation, and guarantee for social engagement and access to services. In this period there were 921,300 odontological procedures; from which 223,226 (24.2%) were individual procedures and 698,074 (75.8%) were collective procedures. There were 23,881 glosses (2.6%), from which 10,158 (42.5%) happened in collective procedures and 13,723 (57.5%) happened in individual procedures. It was found that the most frequent cause for glosses in individual procedures was the repetition in procedure to the same patient and the same tooth (42.4%), followed by data entry mistakes (13.2%). In collective activities, it was the non realization of the program for collective oral health (68.9%), followed by the non registration of professionals within their health units (13%). Losses from Individual procedures increased from less than 5% from 2001 to 2007, to 5.8% in 2008, 9% in 2009 and 14.1% in 2010; and losses from collective procedures were as high as 4% in 2010. In respect to indicators established to the nine strategic family health units; for home visits, two units achieved the target in 2007, one in 2008, four in 2009 and three in 2010; for treatment finalization, one unit achieved the target in 2009 and one in 2010; in education activities, six achieved the target in 2007, six in 2008, seven in 2009, two in 2010. The conclusion was that the major justification for glosses was the repetition of the same procedure to the same patient and same tooth in individual procedures, and the non realization of the program in collective activities for collective activities, and increase in the loss of production. The majority of teams for family health did not achieve the set targets and therefore there is a need for change in the work process with activity planning. The auditing system is a reliable administrative tool essential to managers in developing health actions.

Keywords: Dental audit. Public health. Odontological services.

Lista de Tabelas

Capítulo 2

Tabela 1 - Produção Total dos procedimentos individuais e coletivos apresentados e aprovados no município de Aquidauana (MS) no período de 2001 a 2010, Araçatuba (SP), 2011. **52**

Tabela 2 - Produção apresentada e aprovada de procedimentos coletivos no município de Aquidauana (MS) de 2001 a 2010, Araçatuba (SP), 2011. **53**

Tabela 3 - Produção apresentada e aprovada de procedimentos individuais no município de Aquidauana (MS) de 2001 a 2010, Araçatuba (SP), 2011. **54**

Lista de Quadros

Capítulo 2

Quadro 1 – Número Percentual do total das justificativas de glosas dos procedimentos odontológicos individuais do município de Aquidauana (MS) no período de 2001 a 2010, Araçatuba (SP), 2011. **57**

Lista de Figuras

Caracterização do Município

Figura 1 – Localização do Município de Aquidauana (MS) no contexto regional. **18**

Figura 2 – Mapa da Divisão de Áreas e micro-áreas do município de Aquidauana (MS), área urbana. **23**

Capítulo 1

Figura 1- Ciclo da auditoria Clinica **38**

Capítulo 2

Figura 1 - Porcentagem da perda total de procedimentos odontológicos do município de Aquidauana (MS) no período de 2001 a 2010, Araçatuba (SP), 2011. **54**

Figura 2 - Porcentagem da perda de produção dos procedimentos individuais odontológicos do município de Aquidauana (MS) no período de 2001 a 2010, Araçatuba (SP), 2011. **55**

Figura 3 - Porcentagem da perda de produção dos procedimentos coletivos odontológicos do município de Aquidauana (MS) no período de 2001 a 2010, Araçatuba (SP), 2011. **55**

Figura 4 – Número percentual do Total das justificativas de glosas dos procedimentos odontológicos coletivos do município de Aquidauana (MS) no período de 2001 a 2010, Araçatuba (SP), 2011. **56**

Capítulo 3

Figura 1 – Média de visitas domiciliares nas ESF do município de Aquidauana (MS) no período de 2007 a 2010, Araçatuba (SP), 2011. **71**

Figura 2 – Média de Atividades Educativas nas ESF do município de Aquidauana (MS) no período de 2007 a 2010, Araçatuba (SP), 2011. **72**

Figura 3 – Média de Tratamentos Completados nas ESF do município de Aquidauana (MS) no período de 2007 a 2010, Araçatuba (SP), 2011. **72**

Lista de Abreviaturas e Siglas

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APAC – Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo

BBO – Biblioteca Brasileira de Odontologia

Bireme – Biblioteca Virtual de Saúde

BPA – Boletim de produção ambulatorial

CAPS - Centro atendimento psicossocial

CBO – Código Brasileiro de Ocupação

CEO – Centro de Especialidade Odontológica

CGU – Controladoria Geral da União

CF - Constituição da República Federativa do Brasil

CFO – Conselho Federal de Odontologia

CASSEMS – Caixa de Assistência dos Servidores do Estado do Mato Grosso do Sul

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento da Saúde

DATASUS- Departamento de Informática do SUS.

DENASUS – Departamento Nacional de Auditoria do SUS

DST- Doença Sexualmente Transmissível

ESF – Estratégia da Saúde da Família

FPO – Programação orçamentária financeira

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

GIH - Guia de Internação Hospitalar

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – índice de desenvolvimento Humano

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

LOS - Lei Orgânica da Saúde

Medline – Literatura Internacional em Ciências da Saúde

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de apoio a Saúde da Família

Nipo – plano de saúde.

NOAS – Norma Operacional da Assistência à saúde

NOB/SUS - Norma Operacional Básica do SUS

OMS - Organização Mundial de Saúde

SAMPS - Sistema de Assistência Médica da Previdência Social

SEMAC- Secretaria de Estado do Meio Ambiente do Planejamento da Ciência e Tecnologia

SISAUD – Sistema de Auditoria

SI A – Sistema de Informação ambulatorial

SIAB – Sistema de Informação da atenção básica

SIGTAP – Sistema de Gerenciamento de Tabelas de procedimentos

Scielo – Scientiic Eletronic Library Online

SEC - Security and Exchange Comission

SNA - Sistema Nacional de Auditoria

SUS – Sistema Único de Saúde

PPI – Programação Pactuada Integrad

PAX – Empresa funerária

TCU – Tribunal de Contas da União

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO **15**

2 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO **18**

3 PROPOSIÇÃO **24**

4 *CAPÍTULO 1* **25**
AUDITORIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O PAPEL DO AUDITOR NO SERVIÇO ODONTOLÓGICO.

5 *CAPÍTULO 2* **47**
JUSTIFICATIVAS DE GLOSAS NO SERVIÇO ODONTOLÓGICO NO SUS: CONTRIBUIÇÃO PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO.

6 *CAPÍTULO 3* **65**
INDICADORES DE SAÚDE BUCAL ESTABELECIDOS PARA A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ANÁLISE DO MUNICÍPIO DE AQUIDAUANA (MS).

7 CONCLUSÃO GERAL **81**

ANEXOS **82**

Anexo A - Referências Bibliográficas referentes à Introdução Geral e Caracterização do Município. **83**

Anexo B - Normas da Revista Saúde e Sociedade do Capítulo 1. **85**

Anexo C Quadro 1 – Número percentual Total das justificativas de Glosas dos procedimentos no Município de Aquidauana, MS de 2001 a 2010. **90**

Anexo D - Quadro 2 – Número percentual de justificativas de Glosas dos procedimentos individuais no Município de Aquidauana, MS de 2001 a 2010. **91**

Anexo E Quadro 3– Número percentual de justificativas de Glosas dos procedimentos coletivos no Município de Aquidauana, MS de 2001 a 2010. **92**

Anexo F - DECRETO Nº 12.005, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2005. **93**
DECRETO Nº 11.684 8 DE SETEMBRO DE 2004.

Anexo G – Manual de Instrução da Ficha D **96**

1 INTRODUÇÃO[1]

A mudança organizacional pela qual vem passando o Brasil nos últimos 20 anos, no setor saúde, está relacionado às transformações no ambiente social, político, econômico e tecnológico, os quais levam os membros das organizações governamentais e não governamentais a modificações de pensamentos e de estratégias.

É consenso mundial que o padrão de desenvolvimento de um país tem estreita relação com a saúde de sua população. Embora os fatores biológicos sejam essenciais para o aparecimento de várias doenças, constata-se que existem outras razões, além das características da tríade hospedeiro, agente e meio ambiente, capazes de condicionar o seu surgimento e influir no ritmo de sua expansão. Entre elas, destaca-se o desenvolvimento econômico, a forma de organização do Governo e dos serviços de saúde, o nível educacional da população, assim como os padrões de cultura e tradição popular que regulam os hábitos e condutas pessoais e coletivas que fazem parte do processo saúde-doença (MOIMAZ, 1994).

De acordo com Narvai (2005), não basta operar somente na área da assistência, ou seja, na realização de ações individuais e coletivas intra-setor saúde. É preciso realizar esforços, não somente no âmbito da rede de serviços de saúde, mas atuar mais amplamente na sociedade. Assim, as ações articuladas, desenvolvidas, concomitantemente, em todos os setores, produzem saúde, e não-doença, no processo cotidiano de produção de bens e serviços e no conjunto da população, em que a integralidade deve ser uma qualidade inerente à atenção e não algo à parte, uma característica que a assistência deve ter para ser adequada e eficiente.

As pessoas devem receber os primeiros cuidados onde vivem – no meio urbano ou rural, perto de casa ou de seu trabalho. O trabalho realizado junto aos moradores leva o conceito de saúde como melhoria na qualidade de vida, já que acesso à alimentação, emprego, moradia, lazer, saneamento básico, educação são considerados essenciais para as pessoas terem saúde (RIVERO, 2003).

É importante que os indivíduos compreendam os fatores que influenciam sua saúde e saibam atuar sobre eles, para efetivamente, promovê-la. A linguagem do

[1] Lista de referências – Anexo A

profissional deve ser clara, simples e adequada à idade e à cultura familiar do sujeito envolvido (PRETTO; FRANCO1999).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde tem viabilizado propostas para reorganização dos cuidados em relação à saúde, buscando, principalmente, na atenção básica, a mudança do modelo médico-assistencial para a Estratégia da Saúde da Família (BRASIL, 1999).

A prática odontológica está intimamente relacionada ao indivíduo e, dependendo de suas condições, pode causar impacto negativo no bem-estar geral do ser humano. No entanto, a luta pela democracia e pela extensão da cidadania no processo de construção do Sistema Único de Saúde, via descentralização/municipalização, impulsionou mudanças nas práticas, e nas concepções sobre o que deve fazer a odontologia brasileira (PEREIRA, et al. 2003).

Atualmente, observa-se o esforço para promover a maior integração do Programa de Saúde Bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontam para a promoção, vigilância à saúde e revisão das práticas assistenciais que incorporam a abordagem familiar e a defesa da vida, com uma nova visão do processo saúde/doença (BRASIL, 2008).

A resolução dos problemas de odontologia depende, em parte, das ações diretamente executadas pelo setor, pois existe uma multiplicidade de variáveis extraodontológicas, que condicionam a existência ou não das doenças, influindo no ritmo e na velocidade em que elas se expandem. A prestação de cuidados em Odontologia pode ser estratificada em cinco níveis distintos, mas interligados entre si: atenção geral, primário, básico, especializado e complexo e ao conjunto das atividades cobertas por esses níveis denomina-se atenção integral (PINTO, 2008).

Vários programas que visam à prevenção, ao controle e tratamento de algumas doenças estão em andamento em diversas regiões, de acordo com as características populacionais. A questão a discutir é se os programas existentes estão apresentando resultados positivos com as ações desenvolvidas. Dessa forma, a Saúde deve ser analisada desde os conceitos até as questões que envolvem as características apresentadas pela população. Trata-se de verificar como a população está enquadrada em termos de saúde, e como a gestão pública desenvolve as ações em função dessa saúde (CERCHIARI, 2008).

Um dos instrumentos de qualidade mais eficientes para controlar, avaliar, regular uma gestão de Saúde é o Sistema de Auditoria pois quando bem aplicado,

diagnostica distorções no serviço avaliado, nos quais as ações devem ser embasadas por princípios científicos, normas e leis, devendo ser construtivas e educativas, fornecendo subsídios que possibilitem o planejamento e a formulação de estratégias adequadas para melhorar a qualidade de vida e dos serviços de saúde local (BRASIL, 2004).

Existem poucos estudos sobre análise dos dados de produção de serviço de odontologia e das justificativas de glosas no serviço de saúde bucal que envolve o Sistema de Auditoria no Brasil. Desta forma, são fortes as evidências da necessidade de novas pesquisas nesta área.

Neste sentido, o presente estudo foi desenvolvido com objetivo de fornecer informações para os profissionais de saúde sobre a Auditoria no Sistema Único de Saúde, evidenciando o papel do Auditor como um educador e o Sistema de Auditoria como um instrumento administrativo confiável e essencial para os gestores, no desenvolvimento de estratégias de saúde.

O capítulo 1 refere-se à pesquisa bibliográfica e análise documental, leis e portarias do serviço de auditoria no Sistema Único de Saúde, e o papel do auditor no setor da saúde bucal demonstrando as ações nas três esferas de Governo.

O capítulo 2 refere-se a um levantamento das principais justificativas de glosas dos procedimentos odontológicos e o percentual de perda de produção, mostrando os dados do Sistema Municipal de Auditoria de Aquidauana (MS) no período de 2001 a 2010.

E, finalmente, o capítulo 3 foi realizado uma análise dos procedimentos executados pelas equipes da Estratégia da Saúde da Família comparando com os parâmetros estabelecidos pelos Decretos nº 11.684 de 2004 e nº 12005 de 2005, da Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul, considerado um instrumento de avaliação na gestão do Sistema Único de Saúde.

2 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

O município de Aquidauana (MS) foi criado pela Lei nº. 467 de 18 de dezembro de 1906, com sede na freguesia do alto de Aquidauana, território desmembrado de Miranda, cuja instalação verificou-se em 03 de maio de 1907. Mais tarde, pelas Leis Estaduais nº 549 de 20 de junho de 1910 e 277 de 23 de março de 1911 foi elevada à categoria de Comarca, abrangendo os municípios de Anastácio, Bonito e Nioaque e, de acordo com a Lei Estadual nº 772 de 16 de julho de 1918, adquiriu foros de Cidade, em 15 de agosto de 1918 (AYACH, 1995).

A cidade fica a cento e trinta quilômetros da capital por rodovia; faz limite, ao Sul com Anastácio, Dois Irmãos do Buriti, Miranda, Leste Corguinho, Rio Negro e Terenos, Norte Rio Verde de Mato Grosso, Oeste Corumbá.

Fonte: Google 2010

Figura 1 – Localização do Município de Aquidauana (MS) no contexto regional.

De acordo com o IBGE, possui uma área de dezesseis mil e novecentos e cinquenta e oito quilômetros quadrados e cinqüenta metros (16.958, 50), que representam 4,75% da área do Estado do com uma população – de acordo com o censo de 2010 – de quarenta e cinco mil e quatrocentos e trinta habitantes (45.430), com uma densidade demográfica de 2,74 habitantes por quilômetro quadrado. Tem

um IDH (2000) de 0,757 (26º ranking MS), e sua taxa de crescimento populacional é de 1,11% ao ano (censo 2000)(BRASIL, 2000).

O clima predominante no Estado de Mato Grosso do Sul é o tropical, quente e semiúmido, média térmica alta, ficando em torno de 25º C. A média mensal do mês mais quente – janeiro – alcança os 27,5ºC e a do mês mais frio – julho – chegam a 22,5ºC, sendo, porém, comuns na região, temperaturas superiores a 40ºC nos meses de verão e nos meses de inverno temperaturas mínimas abaixo de 5ºC (SANT'ANNA NETO, 1993).

Quanto à estrutura de ensino, no município de Aquidauana existem 38 escolas, sendo 15 Estaduais, 15 Municipais e 04 particulares, no ensino superior (Agosto, 2009); 02 Instituições, uma Federal e uma Estadual, e, além destas, 04 delas oferecem Ensino Superior, via internet. Conforme os dados da Secretaria de Estado do Meio Ambiente, do Planejamento da Ciência e Tecnologia (SEMAC) do Mato Grosso do Sul no ano de 2000, a taxa de alfabetização é de 87,9%, e a taxa de escolarização em crianças de 7 a 14 anos de 93,33%. São 12.006 alunos matriculados, dos quais 9.136 (76,1%) na zona urbana e 2.870 (23,9%) na zona rural. Desse total, 1.435 alunos compõem a educação infantil, 8.866 cursam educação fundamental e 1.705 fazem o ensino médio (MATO GROSSO DO SUL, 2010).

A economia municipal é firmada no comércio e pecuária de corte e produtos derivados e agricultura. A indústria ainda é incipiente, sendo representadas por olarias, serrarias e pequenas fábricas de alimentos, roupas e carvoarias, pesca e turismo. O rendimento, de acordo com o salário mínimo nos oferece os seguintes números: 45,90 % sem rendimento, até dois salários mínimos 39,70%, 9,24 % de 2 a 5 s.m, 2,80% de 5 a 10 s.m, 1,69% mais de 10 s.m, sem declaração 0,67%. (Censo 2000).

De acordo com a população economicamente ativa, possui um total de 18. 577 pessoas, sendo 11.758 (63,3%) homens e 6.819 mulheres (36,7%) e a não-ativa, com um total de 15.865, sendo 5.489 (34,6%) homens e 10.376 (65,4%) mulheres (BRASIL, 2000).

Ressalta-se que muitas famílias residentes na área urbana ainda vivem da pesca profissional, uma atividade tradicional entre os ribeirinhos, mas que vem sendo comprometida pela notória diminuição dos cardumes, em virtude dos

impactos ambientais negativos, ocorrentes nessas áreas. O município é cortado por estradas municipais, estadual e federal.

O serviço de infraestrutura, como água (78,9% de água tratada), esgoto (11,9% da rede geral) e luz elétrica, não atingem a população como um todo. Existe rede elétrica, uma rede de água tratada e fluoretada, não controlada. Possui uma coleta de lixo comum diariamente (62,9% das residências) realizado pelo poder público e o hospitalar realizada por empresa terceirizada, sendo seu destino final em lixão (Censo, 2000).

Nos aspectos sociais, possui Conselhos Municipais instituídos, que ajudam nas tomadas das decisões do poder público, sendo um Conselho Municipal de Saúde, Educação, Assistência Social da Criança e do Adolescente, Conselho Tutelar, do Idoso, Mortalidade Materna, Conselho do Desenvolvimento do Meio Ambiente entre outros, sendo assim distribuídos: 50% usuários, 25% prestadores e 25 % trabalhadores.

O Serviço de Saúde foi implantado em 1978, com a criação da Secretaria Municipal de Saúde, tendo ocorrido, em 1991, o processo de municipalização no setor saúde, classificado como Básica e seu serviço controlado pelo Sistema Estadual de Auditoria.

Em agosto de 1996, houve a mudança de gestão de básica para semi-plena e institui o Sistema Municipal de Auditoria Municipal, através do decreto municipal nº 140/97. No ano de 2001 foi modificada através dos Decretos Municipais 125 e 126/2001, a estrutura e a composição da equipe de controle, avaliação e auditoria.

No ano de 2005 ocorreu a reestruturação do setor, passando a ser Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria, com ampliação do quadro de recursos humanos. Em 2006 foram revogados os Decretos 125 e 126 de 2001 e promulgada a Lei Municipal nº 2012, em 15 de março de 2006, foi criado o Sistema Municipal de Auditoria, posteriormente alterado na Lei nº 2047/2007, no artigo sexto. Em 2008, houve a implantação do Serviço de Regulação e no ano de 2010 o Serviço de Ouvidoria. O serviço de odontologia, no setor de auditoria não sofreu modificações desde a sua implantação,

O município de Aquidauana (MS) está enquadrado na gestão plena do sistema, faz parte da macrorregião de Campo Grande e polo da microrregião, englobando cinco municípios vizinhos – Anastácio, Miranda, Bodoquena, Nioaque, Dois Irmãos do Buriti.

O setor administrativo da Gerência Municipal de Saúde é formado pelo setor de Informação de dados, Financeiro, Imprensa, Bolsa família, Recursos Humanos e núcleo da atenção básica, média complexidade, vigilância a Saúde e auditoria. Tem participação social através do Conselho Municipal de Saúde.

A rede básica possui duas Unidades Básicas de Saúde e nove Unidades de Estratégia da Saúde da Família com nove equipes de saúde bucal, atém do serviço de vigilância à Saúde que engloba a vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores e ambiental.

Possui também os programas de saúde preconizados pelo Ministério da Saúde (tuberculose, hanseníase, hiperdia, mulher, promoção a saúde, homem, tabagismo, criança e adolescente, violência, mental, Doença Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência adquirida (DST/AIDS) e saúde bucal), um ambulatório médico odontológico no Exército e uma Unidade da Saúde Indígena com duas equipes que atendem nove aldeias administradas pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) em parceira com Gerência Municipal de Saúde.

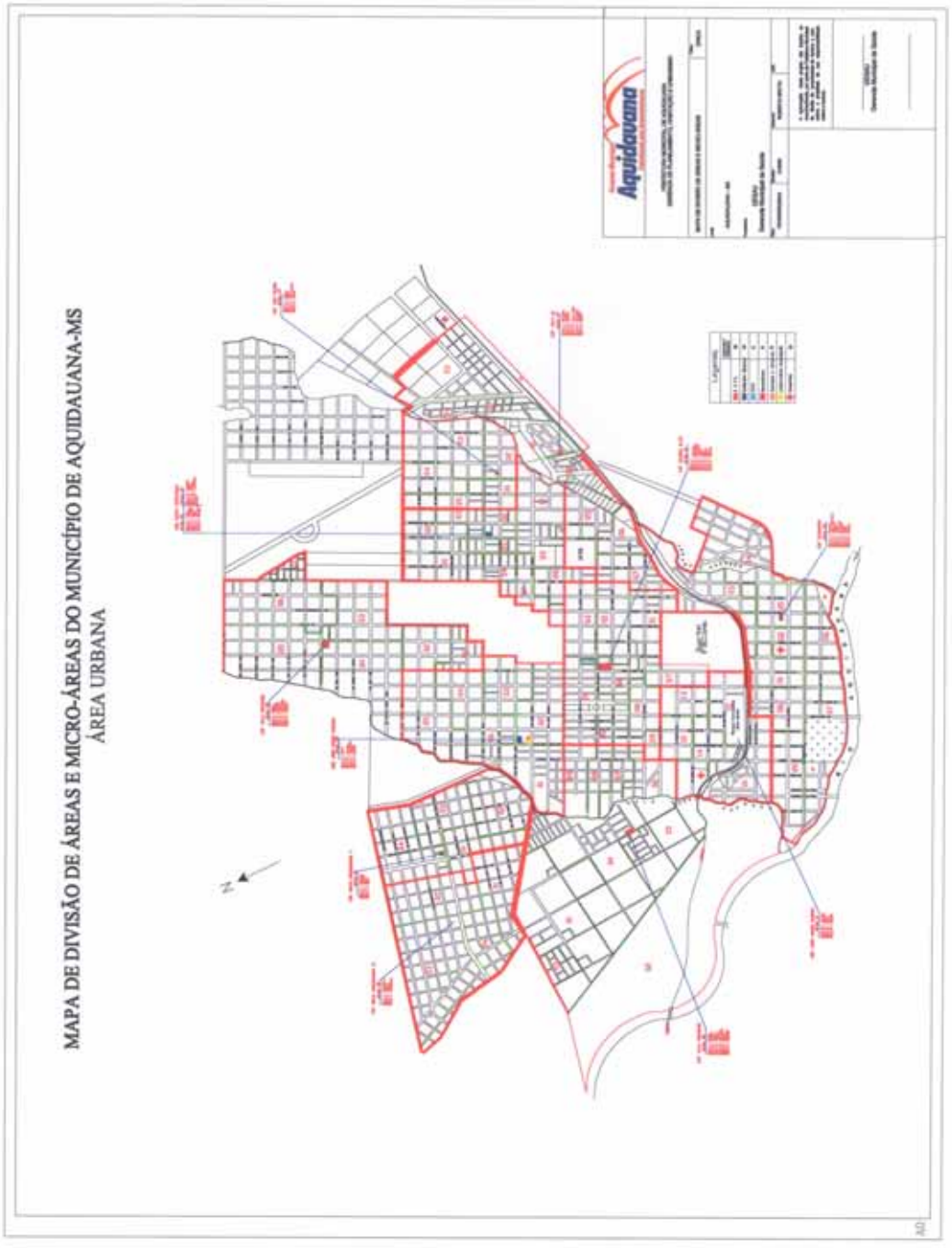
Além dessas, possui um Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF) tipo I, que é o núcleo de referência a Estratégia da Saúde da Família, uma farmácia básica central, central de ambulância, Unidade Penitenciária e Programa de Prevenção à Saúde Bucal nas escolas e creches que não estão nas áreas das Unidades da Estratégia da Saúde da Família.

Na rede especializada, possui um Centro de Especialidade Médica, da Mulher, Centro Odontológico, com um laboratório de prótese dentária e um terceirizado, um centro de Reabilitação, saúde do trabalhador, laboratório central, centro de referência a saúde mental, DST/AIDS, Hemodiálise, serviço de ultrassonografia, eletroencefalograma, eletrocardiograma, densitometria óssea, mamografia, audiometria.

Possui, também, uma clinica de reabilitação a pacientes especiais Helena Antipoff, uma Unidade do Corpo de Bombeiros e Núcleo Regional de Cooperação Técnica em Saúde Estadual.

No serviço hospitalar, conta com três unidades, sendo duas filantrópicas e uma privada, conveniada da Caixa de Assistência dos Servidores do Estado de Mato Grosso do Sul (CASSEMS), um Pronto Socorro, um serviço de hemodiálise e uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI).

Além desses serviços, oferece serviços de média e alta complexidade, pactuados com o município de Campo Grande. Na rede privada de saúde, possui consultórios odontológicos, clínicas de fisioterapias, farmácias, consultórios médicos, consultórios de psicologia, consultórios veterinários, consultórios de nutricionistas, clinica odontológica popular, consultórios em empresas funerárias (pax) e planos de saúde (nipomed).


MAPA DE DIVISÃO DE ÁREAS E MICRO-ÁREAS DO MUNICÍPIO DE AQUIDAUANA-MS
ÁREA URBANA
Aquidauana
Legenda
N

3 PROPOSIÇÃO

OBJETIVO GERAL:

- Analisar os dados de produção e glosas no serviço odontológico na rede pública.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analisar os dados do serviço de odontologia, utilizando as informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) e do Sistema de informação do município de Aquidauana (Aquidauana Saúde);
- Fazer o levantamento das principais justificativas de glosas e das perdas de produção utilizando os dados dos Relatórios do Sistema Municipal de Auditoria de Aquidauana (MS).
- Comparar os dados apresentados pelas Unidades da Estratégia da Saúde da Família com os indicadores estabelecidos pelos Decretos nº 11.684 de 05/06/2004 e nº 12.005 de 22/12/2005, da Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul.
- Levantar dados e fornecer informações sobre auditoria no Sistema Único de Saúde para os profissionais e gestores de saúde visando a melhoria da qualidade do sistema de informação.

4 Capítulo 1 - Auditoria no Sistema Único de Saúde: O papel do auditor no serviço odontológico[2]

4.1 Resumo

A auditoria, na Saúde, verifica os processos e resultados da prestação de serviços, pressupondo o desenvolvimento de um modelo de atenção adequado, de acordo com as legislações vigentes. Nesta pesquisa, objetivou-se analisar as atividades da auditoria no Sistema Único de Saúde, no serviço de saúde bucal, buscando demonstrar as ações e a sua inserção nas três esferas de governo. Foi realizado análise documental e levantamentos bibliográficos sobre os sistemas de auditoria e o papel do auditor no serviço odontológico. Os resultados mostraram que a atuação da auditoria é abrangente no gerenciamento do sistema, consistindo no controle, avaliação, supervisão e orientação, bem como na garantia da participação social e acesso aos serviços. Na saúde bucal o auditor analisa, monitora e fiscaliza o planejamento das estratégias e os procedimentos odontológicos individuais e coletivos efetuados; realiza a conferência do cadastro dos profissionais, das Unidades de Saúde e a programação física orçamentária; viabiliza os dados para o sistema de informação e o pagamento dos serviços prestados; examina o cumprimento da pactuação, dando um enfoque educativo e não mais policialesco à resolubilidade dos problemas. Conclui-se que existem poucos estudos sobre o estudo no Brasil, e que o sistema de auditoria é um instrumento administrativo confiável e essencial para os gestores, no desenvolvimento das ações de saúde.

Palavras-chave: Auditoria. Sistema Único de Saúde. Planejamento.

[2] Normas de acordo com a Revista Saúde e Sociedade – Anexo B

Auditing in the Single Health System (SUS): The role of auditing in dental health services

4.2 Abstract

Auditing in health verifies the processes and results in the delivering services, assuming the development of a model with adequate attention according to ongoing legislation. In this research, the goal was to analyze the auditing activities within the Single Health System, in the service of oral health, looking to demonstrate actions and. where they fit in the three levels of government. Documental analyses and literatures reviews were undertaken about auditing systems and the role of auditors in dental services. Results show that the role of auditing is broad in the system management. Is consists in controlling, evaluating, supervising, providing guidance, and in ensuring both social participation and access to services. In oral health, the auditor analyzes, monitors, and inspects the strategic planning and the procedures used; registers professionals, the health units and the actual budget implementation; makes data feasible to be used by the information system and to process payments for services delivered; examines the fulfillment of agreements, giving an educational emphasis instead of the “police like” problem solving approach. The conclusions were that there are few studies regarding this issue in Brazil and that the auditing system is a reliable administrative tool and essential to managers in the development of actions on behalf of health.

Keywords: Auditing. Single Health System. Strategic Planning.

4.3 INTRODUÇÃO

No século XX, vários programas foram propostos com o fim de organizar o Sistema Nacional de saúde. A década de 80 foi um marco na reorganização do setor, através da reforma sanitária, da democratização das discussões, das mudanças conceituais e de comportamento, dando maior ênfase à prevenção e à promoção, considerando a realidade e os costumes locais, relacionando saúde com melhoria na qualidade de vida da população.

A Constituição Brasileira de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde que estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, sendo regulamentado pela Lei 8.080, de 1990, que também prevê a criação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), confiando ao setor a função de acompanhar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde nos três níveis de gestão, no qual cada esfera cumpre funções específicas, porém articuladas entre si. A efetivação desse sistema consta no artigo 6º da Lei 8.689, de 1993, regulamentado pelo Decreto 1.651, de 1995 (Brasil, 2005b).

Historicamente, as auditorias no Brasil, antes da criação do Sistema Único de Saúde, eram vinculadas ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), mas não chegaram a ser totalmente estadualizadas; quando foi transferida, a estrutura apresentava um grau elevado de burocratização que conservou sua forma de funcionamento, não chegando à construção de uma “cultura estadual” (Santos, 1998).

De acordo com (Zavalaga, 2000 *apud* Santos e Barcellos, 2009), auditoria é um termo que tem origem na expressão latina “audire” que significa ouvir. Foi usado inicialmente na área financeira, para avaliação dos estados contábeis de uma instituição e sua respectiva verificação, tendo sido, posteriormente, introduzida em outras áreas, como instrumento de gestão.

O Ministério da Saúde define auditoria como exames sistemáticos e, independentes dos fatos. Tais exames são realizados através da observação, medição, ensaio de uma atividade, elemento ou sistema, verificando a adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas, determinando se as ações de saúde e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas (Brasil, 2008).

Westhal (2001 *apud* Ribeiro, 2005) afirma que cabe aos auditores em saúde buscar sempre agilidade de intervenção no processo, a identificação de prioridades e a organização de sistema de saúde, pela lógica da necessidade da população e não do prestador, sendo um sistema de controle que informa a administração sobre a eficiência dos programas em desenvolvimento. Não lhe compete apenas indicar os problemas e as falhas, mas também apontar sugestões e soluções, assumindo, dessa maneira, um caráter educador (Chiavenato, 1994).

Na assistência à saúde, a auditoria pode ser desenvolvida em vários setores e por diferentes profissionais, podendo ser realizada em hospitais e por ambulatórios, caracterizando-se por uma sequência de ações administrativas, técnicas e observacionais, cujo intuito é o de analisar a resolubilidade dos serviços prestados (Motta, et al., 2005).

A atividade de auditoria no setor de odontologia no SUS segue a mesma dinâmica do Sistema Nacional de Auditoria, que tem como objetivo a análise critica, ética e sistemática da assistência prestada aos usuários. Baseia-se na conferência do atendimento prestado em relação a padrões, indicadores e normas previamente estabelecidas, verifica a natureza, a extensão dos procedimentos que nele são empregados procurando, com isso, garantir que os resultados apresentados indiquem que seus objetivos foram atingidos.

Segundo Noronha (2003), a auditoria aplicável à área odontológica é uma função de serviço, pois deve estimular boas relações entre todos os atores envolvidos no processo, tendo como foco principal a melhoria da qualidade, diferentemente da perícia utilizada para referenciar as avaliações feitas sobre os trabalhos técnicos.

As responsabilidades do auditor odontológico se desenvolvem em um amplo campo de ação e a ele competem diferentes funções, como análise da situação da saúde bucal da população, elaboração de políticas de saúde oral, identificação das necessidades e expectativas do usuário frente ao serviço odontológico, verificação da oferta odontológica e avaliação dos serviços de saúde entre outros (Bustamente, 2007 *apud* Costa e Alevato, 2010).

O uso da auditoria no sistema público de saúde é recente e pouco conhecido, havendo uma carência de estudos sobre o tema. A forma pela qual o sistema está sendo organizado, com o objetivo de associar as funções de auditagem com avaliação da qualidade da gestão, constitui, pois, um instrumento de controle

administrativo que se destaca como ponto de convergência de todos os fatos e informações (Cerchiari e Erdmann, 2008).

Desta forma, verificou-se a importância de fazer novas pesquisas na área, principalmente no setor odontológico onde há uma escassez de estudos, uma vez que, depois da sua implantação constataram-se vários avanços, mas, também, muitos desafios. A consolidação, o não entendimento do objetivo da auditoria e a falta de articulação nas três esferas de governo do SUS, induziram uma polissemia conceitual, levando a uma indefinição dos papéis desses controles internos, muitas vezes estruturados como um setor com função única no âmbito das Secretarias de Saúde (Castro, 2004).

Nesse trabalho, objetivo foi realizar uma revisão bibliográfica sobre auditoria no SUS, principalmente no setor de odontologia, com o intuito de contribuir, discutir e melhorar o entendimento da dinâmica do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), bem como elucidar o papel do Auditor no Sistema Único de Saúde.

4.4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliográfico e documental, descritivo e explicativo, focalizando a Auditoria no Sistema Único de Saúde e o papel do auditor no serviço odontológico. O levantamento dos dados foi realizado nas bases de dados do Scientifc Electronic Library Online (Scielo), Biblioteca Virtual de Saúde (Bireme), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Biblioteca Brasileira de Odontologia (BBO), Biblioteca Cochrane e Manuais do Conselho Federal de Odontologia e do Sistema Nacional de Auditoria do Ministério da Saúde.

Foi realizada uma revisão da literatura sobre a evolução histórica da auditoria no mundo e no Brasil, procurando mostrar os conceitos, ações, dificuldades, organização e planejamento das atividades do Sistema de Auditoria, demonstrando os procedimentos empregados, os modelos existentes e a atuação do Auditor no serviço de saúde bucal do serviço privado e público.

Na apresentação dos resultados e discussão optou-se por enfocá-los em itens relativos à origem e à evolução da auditoria no mundo e no Brasil, para, posteriormente, demonstrar os conceitos, a dinâmica, suas diretrizes, classificações e parâmetros no serviço odontológico e, por último, mostrar o papel do auditor e as dificuldades encontradas para efetivação e funcionamento de seu trabalho, bem como a sua importância no processo de gestão e na resolubilidade das atividades desenvolvidas

4.5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.5.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA AUDITORIA

A origem da auditoria está relacionada ao início das atividades econômicas desenvolvidas pelo homem, principalmente na área contábil, tendo sido encontrados registros desde 4500 a.C. no antigo Egito e na Grécia, onde havia a necessidade de se ratificarem as atividades praticadas, tais como a verificação dos registros de arrecadação de impostos e inspeções nas contas de funcionários públicos (Boynton et al., 2002).

O cargo de auditor foi criado na Inglaterra, em 1314. O termo auditoria foi usado pelos ingleses para rotular a tecnologia contábil da revisão (auditing), com o significado de “fazer ou (estar) fazendo balanço”. Atualmente, o seu significado tem um sentido mais abrangente (Sá, 2002 *apud* Santos e Barcellos, 2009).

Segundo Oliveira (2001), a evolução da auditoria iniciou-se em 1756, com a Revolução Industrial na Inglaterra, devido ao surgimento das primeiras fábricas com uso intensivo de capital. No início do séc. XX, pelo surgimento das grandes corporações americanas, com a rápida expansão do mercado de capitais e com a criação da SEC (Security and Exchange Comission) em 1934, aumentou a importância da profissão do auditor como guardião da transparência das informações contábeis das organizações e de sua divulgação para o mercado de capitais.

Na área da saúde, a ação de auditar tem sua origem em 1910, com o Relatório de Flexner, voltado à qualidade dos serviços médicos, tendo como objeto os registros de atendimento aos pacientes, sendo a auditoria realizada somente por profissional médico. Com a edição desse relatório, ficou evidente a necessidade de avaliar, também, a qualidade dos hospitais e a prática realizada por eles e por outros profissionais (Lembcke, 1967).

Dessa forma, em 1914, Codman programou a auditoria médica em hospitais de Boston - EUA, como forma de prevenir erros médicos: no entanto, o termo auditoria aparece, pela primeira vez, no trabalho realizado pelo médico George Gray Ward, em 1918, nos Estados Unidos, quando ele verificava a qualidade da assistência prestada aos pacientes por intermédio dos registros em seus

prontuários. Finalmente, em 1943, foi criada a auditoria médica por Vergil N. Slee (Ferreira, 2007).

Em 1956, Lambcke conceituou auditoria *(audit)* como avaliação da qualidade da atenção com base na observação direta, registro e história clínica do cliente, surgindo assim a auditoria clínica que tem como alvo todos os aspectos do cuidado clínico do paciente, realizados por todos os profissionais de saúde (Zavalaga, 2000 *apud* Santos e Barcellos, 2009).

De acordo com Shimazaki (2006 *apud* Ferreira, 2007), a auditoria clínica é uma disciplina recente, tendo sido introduzida de forma mais sistemática, como parte de programas de qualidade nos países desenvolvidos, a partir dos anos 80. Está focada nos pacientes e desenvolve suas atividades na melhoria da eficácia clínica com o objetivo de aperfeiçoar os resultados clínicos para os usuários dos serviços de saúde. Assim, a visão contemporânea de auditoria clínica distancia-se, radicalmente, de um enfoque anterior de uma cultura fiscalista ou policialesca, voltada para o controle de recursos, direcionada para os aspectos contábeis dos serviços numa atitude de punição.

4.5.1.1 AUDITORIA NO BRASIL

Apesar de formalmente organizada em 26 de março de 1957, através do Instituto de Contadores Público no Brasil, no Estado de São Paulo, a auditoria foi oficialmente reconhecida apenas em 1968, por ato do Banco Central do Brasil. No entanto, o fortalecimento da atividade ocorreu em apenas em 1972, por regulamentações do Banco Central do Brasil, do Conselho Federal de Contabilidade e do Instituto dos Auditores Independentes (Jund, 2002).

As atividades de auditoria na saúde no Brasil têm um marco divisor em 1976, pois, antes, estavam vinculadas ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); eram realizadas pelos supervisores por meio de apurações em prontuários de pacientes e em contas hospitalares. Até então, não havia auditorias diretas em hospitais, e a partir de 1976, as chamadas contas hospitalares transformaram-se em Guia de Internação Hospitalar (GIH) e as atividades de auditoria passaram a ser estabelecidas como Controle Formal e Técnico (Brasil, 2005b).

Em 1978, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) centralizou a prestação de assistência médico-hospitalar, sendo criada a

Secretaria de Assistência Médica, subordinada ao INAMPS, à Coordenadoria de Controle e Avaliação, nas capitais, e o Serviço de Medicina Social nos municípios, com o intuito de revisar os prontuários médicos, os boletins de produção ambulatorial dos hospitais e clínicas contratadas e conveniadas, previamente ao pagamento. Realizava-se, também, a avaliação das estruturas das unidades e, uma vez que não existia oficialmente a estrutura de Auditoria, algumas ações eram realizadas sob o nome de Controle e Avaliação (Brasil, 2008).

Em 1983, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), veio substituir a GIH, no Sistema de Assistência Médica da Previdência Social (SAMPS), reconhecendo, assim, o cargo de médico-auditor, passando a Auditoria a ser realizada nos próprios hospitais. Visavam aos procedimentos médico-hospitalares em relação ao controle da compra de serviços da iniciativa privada para evitar distorções e fraudes (Brasil, 2008).

Em seguida, foi criada primeira normatização de Auditoria, na área do atendimento da Saúde Pública instituída pela extinto INAMPS – Resolução nº 45 de 1984 – que define auditoria médica como um conjunto de ações administrativas, técnicas e observacionais que buscam a caracterização do desempenho assistencial referenciado, às unidades médicos assistenciais próprios, contratadas, conveniadas e em regime de cogestão, com o propósito de preservar o adequado cumprimento das normas, índices e parâmetros regulamentares, para melhoria da qualidade médico-assistencial, sob a garantia dos princípios éticos (Silva et al., 1996 *apud* Castro, 2004).

Com a implantação do Sistema Único de Saúde, em 1988, e com a regulamentação da Lei 8.080 que previu a criação do Sistema Nacional de Auditoria, estabeleceu-se ao setor a função de acompanhar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde nos três níveis de gestão.

A criação do Sistema Nacional de Auditoria ocorreu a partir da Lei 8689, de 1993, no Art. 6º que extinguiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), levando à reestruturação do setor no Ministério da Saúde, a transferência de serviços e doação ou a cessão de bens patrimoniais do INAMPS para o Fundo de Saúde do Estado, Distrito Federal e Municípios, que se tornaram responsáveis pela execução dos serviços e dos recursos financeiros aplicados pela esfera federal (Brasil, 2008).

A regulamentação do SNA no âmbito SUS realizou-se através do Decreto Federal nº. 1.651, de 1995, cujo art. 2º determina que: “O SNA exercerá as atividades de controle da execução para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento, avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos e a auditoria da regularidade dos procedimentos praticados mediante exame analítico e pericial”.

O artigo 5º da Lei 1.651, de 1995 dispõe sobre as competências dos componentes do SNA, nas três esferas de governo: no *plano federal* será responsável pela verificação da aplicação dos recursos transferidos aos Estados e municípios, mediante análise dos relatórios de gestão de que tratam o art. 4º, inciso IV, da Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990, e o art. 5º do Decreto n. 1.232, de 30 de agosto de 1994; as ações e serviços de saúde de abrangência nacional, em conformidade com a política nacional de saúde; os serviços de saúde sob sua gestão; os sistemas estaduais de saúde; as ações, métodos e instrumentos implementados pelo órgão estadual de Controle, Avaliação e Auditoria.

Na esfera estadual terá a competência analisar a aplicação dos recursos estaduais repassados aos municípios de conformidade com a legislação específica de cada unidade federada; as ações e serviços previstos no plano estadual de saúde; os serviços de saúde sob sua gestão sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados; os sistemas municipais de saúde e os consórcios intermunicipais de saúde; as ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos municipais de Controle, Avaliação e Auditoria.

No nível municipal terá que verificar as ações e serviços estabelecidos no plano municipal de saúde; os serviços de saúde sob sua gestão sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados; as ações e serviços desenvolvidos por consórcio intermunicipal ao qual esteja o Município associado.

Seu avanço aconteceu a partir da publicação da Norma Operacional Básica 01/96 (NOB 01/96), e a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2001 (NOAS 01/2001) que estabelecem a estruturação dos componentes municipais e estaduais do SNA, como um dos requisitos para habilitação nas condições de gestão plena do sistema municipal, gestão avançada do sistema estadual e plena do sistema estadual (Brasil, 2005b).

Com a publicação do Decreto nº. 5.841, de 13 de julho de 2006, o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) passou a integrar a estrutura da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, ganhando um novo formato com a progressiva descentralização das responsabilidades pela execução das ações de saúde e pelo uso dos recursos financeiros, exercendo atividades de auditoria e fiscalização consolidando a execução dos processos de gestão estratégica e participativa do sistema (Brasil, 2008).

A legislação mais recente que faz referência à Auditoria é a Portaria n. 399/06 que divulga o Pacto pela Saúde, estabelecendo que o Estado deva avaliar e auditar os sistemas municipais em saúde; implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial e realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão (Brasil, 2008).

4.5.2 AUDITORIA NO SETOR DE ODONTOLOGIA

A odontologia, nos últimos anos, vem passando por várias transformações, tanto no setor público como no setor privado: no setor público a tendência é de ampliação e no setor privado existe uma tendência do crescimento dos serviços intermediários por entidades públicas ou privadas, aumentando a importância do papel do cirurgião dentista auditor.

Mata et al. (1996), define auditoria odontológica como a confrontação dos serviços prestados com a norma estabelecida, para chegar a um relatório de auditoria. Esse processo de auditoria, ao mesmo tempo em que realiza o controle da qualidade, também controla custos, prevenindo abusos nos sinistros e controle de fraudes.

Ferreira (2007) classifica a auditoria de acordo com o *campo de atuação* em Governamental e Privada. A auditoria governamental é exercida nas entidades públicas da administração direta e indireta, por instituições autorizadoras e reguladoras de determinados serviços, realizando atividades de avaliação e acompanhamento da gestão contábil, operacional e especial e a auditoria privada realizada por empresas e planos de saúde.

4.5.2.1 AUDITORIA ODONTOLÓGICA NO SETOR PRIVADO

A partir do código de ética odontológica, aprovado em 2001, e através da resolução CFO-179 de 2002, verifica-se a preocupação da classe no crescimento desse modelo de assistência no mercado de saúde, sendo evidenciadas as entidades prestadoras de serviços, bem como a rotina e o comportamento dos auditores frente à realização das avaliações de outros profissionais. Em 2003, através da resolução CFO-42, ficou aprovado o novo código de Ética Odontológico, sendo também aprovadas as mudanças no estatuto anterior, com a inclusão de novos incisos que fazem alterações em relação às auditorias e aos planos de saúde.

A classificação das auditorias é importante para a delimitação das tarefas realizadas, pois em qualquer área a que se aplique, ela pode ser categorizadas de acordo com critérios. As atividades podem ser classificadas quanto ao tipo, realização, resultados, natureza, periodicidade e composição.

Quanto ao tipo podem ser: auditoria técnica ou analítica que consiste no exame documental do caso (radiografias, prontuários, modelos, fotografias, entre outros); auditoria clinica ou operacional que compreende o exame clinico e, também, a auditoria eletrônica, abrangendo o sistema operacional da empresa, confrontando dados técnicos inseridos no sistema, histórico bucal do usuário e proposta de tratamento (Costa e Alevato,2010).

Quanto à fase de realização podem ser chamadas de auditoria inicial, realizada no início do tratamento, quando analisará a cobertura do plano, critérios de indicação e viabilidade do plano de tratamento; auditoria final, ao ser realizado após o termino do tratamento, com a finalidade de observar a correspondência com o plano de tratamento autorizado, planejamento e materiais utilizados. No caso de haver auditoria inicial e a possibilidade de ser acompanhado e documentado no curso do tratamento, tratar-se ia da auditoria parcial.

Quanto aos resultados podem ser: auditoria conforme, em que cada item proposto na ficha clinica é exatamente aquele realizado ou a realizar pelo cirurgião dentista operacional; verifica o respeito às diretrizes estabelecidas e utilizadas pela operadora e a veracidade da cobrança. Não conforme, quando o trabalho esteja desacordo com as especificações da empresa, administrativa ou se apresente tecnicamente inaceitável.

Quanto à sua natureza, pode ser: auditoria interna, realizada pelo corpo de auditores da empresa e auditoria externa realizada por rede credenciada de auditores. Conforme a periodicidade pode ser considerada como regular ou ordinária, quando existe uma periodicidade regular na realização da auditoria, especial, considerando-se extraordinária, quando a auditoria é solicitada por suspeita ou comprovação de denúncias e outras demandas.

Além dessas, existe a auditoria direta, realizada pela equipe de auditores responsável pelo setor técnico da operadora; auditoria integrada realizada por auditores dos diversos níveis de gestão da operadora e, ainda, compartilhada quando solicitada a participação de auditores de outras instituições.

4.5.2.2 AUDITORIA ODONTOLÓGICA NO SETOR PÚBLICO

As atividades da auditoria no serviço odontológico no SUS seguem os mesmos princípios do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), sendo desenvolvidas em diferentes níveis de complexidade e também no Subsistema Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), abrangendo desde o cuidado individualizado, até os serviços prestados por um conjunto de profissionais (Brasil, 2005b).

A auditoria de sistemas de serviços de saúde pode ser classificada em duas categorias: auditoria clínica, definida como ”uma análise crítica sistemática da qualidade da atenção à saúde, incluindo os procedimentos usados no diagnóstico e tratamento, o uso dos recursos e os resultados para os pacientes” e auditoria organizacional, relativa ao Sistema de Serviços de Saúde. Ambas são definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o conjunto das atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde da população (Norman e Redfern, 2000 *apud* Mendes, 2002).

Há na literatura várias classificações de auditoria, no entanto o Sistema Nacional de auditoria divide as ações de auditoria de acordo com as atividades a serem executadas, as quais podem ser classificadas de acordo o foco ou tipo, periodicidade, execução e composição (Brasil, 2008).

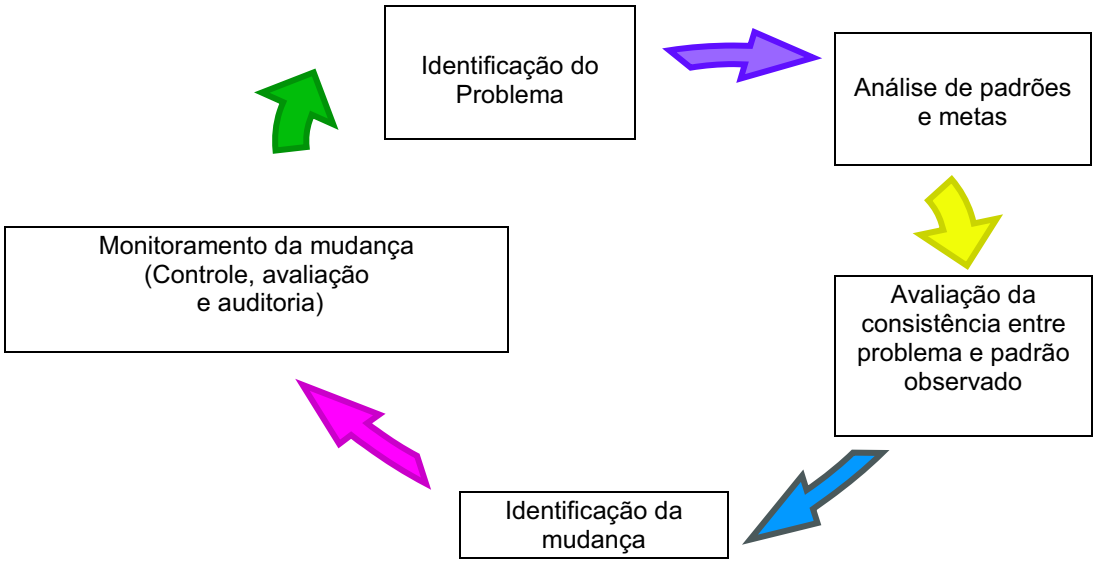
Quanto ao tipo ou foco pode ser sobre o sistema de saúde (gestão) e sobre os serviços e ações de saúde.

De acordo com sua periodicidade de realização, ou seja, a natureza da auditoria, que pode ser regular ou ordinária, quando as ações são inseridas no planejamento anual; especial ou extraordinária quando realizadas para apurar denúncias ou para atender a alguma demanda específica.

Podem ser pelo aspecto da composição das equipes de auditoria, isto é, Direta quando a ação for realizada com a participação dos técnicos de apenas um dos componentes do SNA, Integrada quando a ação for realizada com a participação de técnicos de mais de um dos componentes do SNA, e Compartilhada, quando as atividades se derem em conjunto com outros técnicos de outras instituições de controle (Tribunal de Contas da União -TCU, Controladoria Geral da União - CGU).

Em relação à execução a auditoria pode ser qualificada de acordo com a execução: Analítica, consistindo na análise de relatórios, processos e documentos, com finalidade de subsidiar a inspeção in loco, utilizando dados dos sistemas de informação (Sistema de Informação Ambulatorial - SIA, Sistema de Informação hospitalar - SIH, Departamento de Informática do SUS - DATASUS) e Operativa, consistindo na verificação, *in loco,* do atendimento aos requisitos legais que regulam os sistemas de atividades na área da saúde, por meio do exame direto dos fatos, documentos e situações.

Conforme a figura abaixo a auditoria clínica é composto de cinco momentos:



Fonte: Adaptado de Norman e Redfern, Mendes, 2003 apud Ferreira. 2007.

Figura 1 - Ciclo da auditoria Clinica

4.5.3 PAPEL DO AUDITOR NO SERVIÇO ODONTOLÓGICO

Os auditores são responsáveis, não só perante a administração da organização a que prestam serviço, mas também perante os usuários, motivo pelo qual esse profissional deve ter independência, soberania, imparcialidade, objetividade, conhecimento técnico, capacidade profissional, atualização dos conhecimentos técnicos, cautela, zelo profissional, comportamento ético, sigilo e discrição. Não deve fazer inferências, não pode ser proprietário, sócio cotista, administrador e dirigente de entidade que preste serviço assistencial ao SUS, assim como não ter nessas condições, parentes próximos; deve ter ficha funcional limpa, respeitar os níveis hierárquicos existentes por toda a organização e ter bom senso (Brasil, 2008).

O processo de trabalho do auditor é desenvolvido em três etapas: planejamento que compreende a programação da ação da auditoria, definindo a equipe e os pontos a serem verificados, realizando a fase analítica que abrange o levantamento dos dados disponíveis nos sistemas de informação (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES, SIA/SUS, Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB); *execução*, compreendendo a fase operativa, notificação dos resultados e analise da defesa e, por último, os *resultados*, que compreendem a elaboração de relatórios, encaminhamentos e acompanhamento das Ações Corretivas e saneadoras propostas (Brasil, 2005a).

Constituem os principais instrumentos da auditoria: Plano de Saúde, Relatório de Gestão, Programação Pactuada Integrada (PPI), Relatório de Auditoria operacional anterior, Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, Programação Orçamentária e Financeira (FPO), banco de dados dos atendimentos ambulatorial e hospitalar (SIA/SIH e SIAB), banco de dados da vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, prontuários dos pacientes (Brasil, 2008).

São estratégias também utilizadas na auditoria a realização de entrevistas com usuários, além da série histórica de produção, indicadores do município previstos no pacto pela vida e dados quantitativos e qualitativos da contratualização, previstos pela portaria 3123/2005 e Acompanhamento do Sistema de Informação do Município (Brasil, 2008).

Os processos de trabalho para ações de controle e avaliação na saúde, realizados pela auditoria, consistem em manter o cadastro atualizado de

estabelecimentos de saúde e dos profissionais públicos e privados; verificar o cartão SUS dos usuários e profissionais, a organização da rede verificando a capacidade instalada (física e de recursos materiais e humanos) definindo a potencialidade de produção, autorização das internações (AIH) e Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC) e dos procedimentos média e alta complexidade.

Realiza também, o monitoramento e a fiscalização da execução dos procedimentos realizados nas unidades por meio de ações de supervisão hospitalar e ambulatorial, processamento das informações que viabilizem o pagamento dos serviços prestados, processamento SIA-SUS, incluindo a atualização de competência e versão do Sistema de Gerenciamento de Tabelas de procedimentos (SIGTAP), conferência das relações nominais mensalmente, autorização dos Boletins de Produção Ambulatorial (BPAs) consolidados e individuais, acompanhamentos dos valores programados, aprovados e apresentados, controle da regularidade dos pagamentos efetuados aos estabelecimentos de saúde (Brasil, 2008).

Para análise dos dados, utiliza como critérios os dados de produção, produtividade, capacidade instalada, acesso, cobertura assistencial, objetivando verificar a acessibilidade, resolubilidade e qualidade dos serviços e impacto das ações e serviços e também dá suporte na construção e uso dos indicadores (Brasil, 2005a).

A ação do auditor na atenção Básica na saúde bucal refere-se à verificação da elaboração de projetos de saúde individual e coletiva para usuários da rede, considerando o perfil epidemiológico da população, as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde, incentivando as práticas promocionais, o acolhimento e a inclusão do usuário, promovendo a otimização dos serviços e o acesso aos demais níveis do sistema, observando a construção do diagnóstico de área, levando em consideração a importância da inclusão, nas rotinas da assistência (Brasil, 2005a).

A atenção Especializada de Média e Alta Complexidade está diretamente associada ao tipo de procedimento a ser realizado, principalmente os desenvolvidos no Centro de Especialidade Odontológica, bem como sua relação com outros fatores, tais como: cadastros dos equipamentos (Raio X comum, panorâmico); de serviços (laboratórios de prótese, implante, ortodontia) e a disponibilidade de profissionais especializados. Esse tipo de atenção especializada baseia-se na garantia de critérios de acesso, na referência e contra-referência e na resolução da

urgência e emergência, provendo o acesso à estrutura hospitalar ou a centros de referências mais especializados (Brasil, 2005a).

Cabe, também, ao auditor garantir a participação social e o controle público do Sistema, através dos conselhos locais de Saúde, Fóruns Municipais de Saúde, Conselhos Municipais de Saúde, Conferências de Saúde, Audiências públicas e as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite (Brasil, 2005b).

Atualmente, o auditor participa da regulação de atendimentos tanto regionais quanto municipais, organizando as cotas de vagas, acompanhando a referência e a contra-referência e monitorando se a oferta de serviços é menor ou maior que a demanda, a fim de garantir o acesso dos usuários de maneira racional, para não haver excesso ou a utilização inadequada dos serviços de saúde (Brasil, 2008).

4.5.4 DIFICULDADES ENFRENTADAS PELA AUDITORIA NOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS PÚBLICOS E PRIVADOS

Dentre as principais dificuldades relatadas tem-se:

O mau relacionamento entre o auditor e o profissional de saúde (Cirurgião-dentista operacional) e gestores, está no desconhecimento da legislação e dos preceitos éticos, a diversidade de códigos e nomenclatura, bem como modificações constantes de normas relativas aos convênios e à normalização inadequada de procedimentos técnicos, que ocorrem tanto na rede pública como na privada (Silva, 1997).

A pequena participação do auditado nas auditorias. Pode-se dizer que a sua participação se resume em tirar as dúvidas dos auditores e de defender a sua área de trabalho de possíveis não-conformidades. O relacionamento entre auditado e auditor normalmente é conflituoso, pois, durante as auditorias, podem vir à tona problemas de relacionamento entre um setor e outro, tirando o foco da melhoria do sistema da qualidade da instituição (Mendes, 2006).

No serviço público como em várias empresas de convênio, acham-se no direito de elaborar regras, nem sempre éticas e/ou dentro dos preceitos legais. O cirurgião-dentista – convidado a participar como credenciado ou como perito auditor – entra no esquema sem saber de seus direitos e deveres. O perito se coloca na posição de dono da verdade e o credenciado é visto como um réu indefeso (PERES, 1997).

O entendimento de que auditoria tem caráter apenas fiscalizador, policialesco e não educativo, por falta de conhecimento de que o sistema de auditoria é um importante instrumento de gestão e que pode ser utilizado para melhoria da qualidade dos serviços prestados.

A falta de padronização das avaliações dos procedimentos odontológicos tanto no setor público como no privado (Angeletti,1999 *apud* Noronha, 2003).

Segundo Costa e Alevato (2010) relatam três dificuldades encontradas no desenvolvimento das auditorias: o aspecto cultural, ou seja, a população ainda não está habituada aos procedimentos periciais, tanto médicos, como odontológicos, em que o paciente questiona a necessidade de uma auditoria que o obriga a se deslocar até outro consultório ou repartição para ser examinado; existe um baixo número de auditores capacitados, ou seja com curso de especialização na área de saúde coletiva e de auditoria, pois a formação do auditor é uma tarefa difícil; a atividade de auditoria se concentra muito no relato dos desvios e não na solução dos problemas, sendo a tendência atual para o aperfeiçoamento da avaliação que não se resuma ao fornecimento de informações, mas que abranja a interpretação dessas informações e a identificação de oportunidades para a introdução de aperfeiçoamentos.

4.6 CONCLUSÃO

O sistema de auditoria é o pleno exercício da odontologia legal, sendo um serviço essencial na avaliação, no controle e na regulação da atenção prestada pelo SUS, constituindo um instrumento administrativo confiável e adequado para os gestores no desenvolvimento de estratégias de saúde. Existem poucos trabalhos científicos sobre auditoria no serviço odontológico.

4.7 REFERÊNCIAS

BOYNTON, W.C.; JOHNSON, R.N.; KELL, W.G. **Auditoria.** São Paulo: Atlas, 2002. 982p.

BRASIL. **Constituição:** República Federativa do Brasil, 1988. Brasília, Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto Federal nº 1651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://dtr.saude.gov.br/susdeaz/legislação/arquivo/17_Decreto_1651.pdf. Acesso em: 04 nov. 2010.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 01/96.** Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Orientações técnicas sobre auditoria em odontologia no SUS**: caderno 2. 2. ed. Brasilia: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria. **Curso Básico de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria. **Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de normas de auditoria**. Brasília: Ministério da Saúde 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma de Assistência à Saúde, NOAS - SUS 01/2001.** Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Diário Oficial da União, Brasília: 29 jan. 2001.

CASTRO, D. P. **Análise de implantação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria do SUS:** proposta de um instrumento de avaliação. 2004. 127 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

CERCHIARI, G.S.F.; ERDMANN, R. H., Sistema de informações para acompanhamento, controle e auditoria em saúde pública. **Rev. Adm. Pública,** Rio de Janeiro, v. 42, n.s, p. 925-948, set./out. 2008.

CHIAVENATTO, Idalberto. **Iniciação à administração geral.** 2. ed. São Paulo: Makron Books, 1994. 80 p.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Código de ética odontológica**. Rio de Janeiro: CFO, 2003. 24 p.

COSTA. M.T., ALEVATO. H., Auditoria **odontológica: uma ferramenta de gestão em saúde suplementar.** In: CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, 6., Niterói. Disponível em: http://www.excelenciaemgestao.or/Portals/2/documents/cneg6/anais/T10_0315_1184. pdf. Acesso em 31 out. 2010.

FERREIRA, A.S.D. **Auditoria no Sistema Único de Saúde: um estudo de caso no sistema nacional de auditoria assistencial de Minas Gerais, 2004/2006**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007. 98 p.

JUND, S. **Auditoria.** Rio de Janeiro: Impetus, 2002. 760 p.

LEMBCKE, P. A. Evolution of the medical audit. **JAMA, Chicago, v.199, n. 8**, p. 543-550, Feb. 1967.

MATA, J. E.; MARTOS, E. C,; ANZALDI, M. A. C. E. **Auditoria odontológica.** Buenos Aires: Ediciones Dunken, 1996. 314p.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 176p.

MENDES, S.B. **Avaliação da qualidade da assistência odontológica municipal da cidade do Rio de Janeiro. 2006**.134 f. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2006.

MOTTA, A. L. C.; LEÃO, E.; ZAGATTO, J. R. **Auditoria médica no sistema privado: abordagem prática para organizações de saúde.** São Paulo: Iátria, 2005. 220 p.

NORONHA, F. **Auditoria odontológica em planos de saúde: a influência de um método padronizado de avaliação. 2003.** 165 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Sistemas de Gestão) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2003.

OLIVEIRA, L. M.; DINIZ FILHO, A. **Curso básico de auditoria**. São Paulo: Atlas, 2001. 306 p.

PERES, A. S. **Perícia de convênio odontológico.** 1997. 100 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, SP, 1997.

RIBEIRO, C.D.E., **Saúde como um direito: as inter-relações da auditoria em saúde com o Ministério Público na garantia da integralidade da atenção.** 2005. 129 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual do Ceará, 2005.

SANTOS, F. P. **O novo papel do município na gestão da saúde: o desenvolvimento do controle e avaliação.** In: CAMPOS, C.R. et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 31-49.

SANTOS, L.C., BARCELLOS, F. V., **Auditoria em saúde: uma ferramenta de gestão.** 2009. 9f. Monografia (Especialização) - Centro Universitário UNIEURO Brasília, 2009

SILVA, M. **Compêndio de odontologia legal.** Rio de Janeiro: Medsi, 1997, 490p.

5 Capítulo 2 - Justificativas de glosas no serviço Odontológico no SUS: contribuição para a melhoria da qualidade da informação.

5.1 Resumo

A avaliação da veracidade das informações da assistência odontológica no Sistema Único de Saúde deve ser realizada por meio de critérios que norteiam a ação do cirurgião dentista em relação à qualidade e quantidade de serviços, através de uma análise fundamentada em evidências relacionadas ao processo de trabalho. Nesta pesquisa objetivou-se fazer um levantamento das principais causas de glosas dos procedimentos odontológicos e também demonstrar o percentual de perdas de produção. É um estudo epidemiológico de série histórica retrospectiva, com abordagem quantitativa, entre os anos de 2001 a 2010. Para o levantamento dos dados de produção, perdas de procedimentos e justificativas de glosas foram utilizadas o sistema de informação do DATASUS e relatórios realizados pelo Sistema Municipal de Auditoria do município de Aquidauana (MS). Os resultados demonstram que neste período foram apresentados 921.300 procedimentos odontológicos; sendo 223.226 (24,2%) procedimentos individuais e 698.074 (75,8%) coletivos. Ocorreram 23.881 glosas (2,6%), sendo 10.158 (42,5%) nos procedimentos coletivos e 13.723 (57,5%) nos individuais. Constatou-se que a causa mais frequente de glosas referente aos procedimentos individuais foi a repetição de procedimento no mesmo paciente e no mesmo dente (42,4%), seguido de erro de digitação (13,2%). Nas atividades coletivas, foi a não realização do programa coletivo de saúde bucal (68,9%), seguido de profissional não cadastrado na Unidade de Saúde (13%). Houve um aumento da perda dos procedimentos individuais passando de menos de 5% no período de 2001 a 2007, para 5,8% em 2008, 8,9% em 2009 e 14,1% em 2010 e nos procedimentos coletivos a perda atingiu 4% em 2010. Conclui-se que a maior justificativa de glosas foi a de repetição de procedimento no mesmo paciente e no mesmo dente nos procedimentos individuais e a não realização do programa coletivo nas atividades coletivas, houve aumento da perda de produção. O registro dos dados pela Equipe de Saúde Bucal não deve ser encarada como um simples cumprimento de norma burocrática ou emprego de técnicas individuais é necessário que se tenha a noção real de sua importância e da implicação dos erros que estas falhas podem acarretar como perda de informação e não cumprimento dos indicadores de saúde.

Palavras-chave: Auditoria. Avaliação, Serviço Odontológico. Sistema Único de Saúde

Chapter 2 – Justifications for glosses in odontological services for the Single Health System: Contribution to improving the information quality

5.2 Abstract

The evaluation of veracity of information in odontological services in the Single Health System has to be undertaken by means of criteria which guide the actions from the surgeon dentist with respect to the quality and quantity of services, through an analysis based in evidences related to the work process. The research goal was to find the main causes for glosses in odontologial procedures and show the percentages of loss in production. This is an epidemiological study of retrospective historical series, with a quantitative approach from 2001 to 2010. To the data gathering for production, losses in procedures and justifications for glosses, the database DATASUS was used and also reports by the municipality auditing system in Aquidauana (MS). Results show that in this perios there were
921,300 odontological procedures, from which 223,226 (24.2%) were individual procedures and 698,074 (75.8%) were collective procedures. 23,881 glosses occurred (2.6%), from which 10,158 (42.5%) were in collective procedures and 13,723 (57.5%) were in individual procedures. The most frequent cause for gloss was in individual procedures was the repetition for a procedure for the same patient and same tooth (42.4%), followed by data entry mistakes (13.2%). In the collective activities, it was the non realization of the oral health program (68.9%), followed by the non registration of professionals with their health units (13%). There was an increase in losses from individual procedures from less than 5% from 2001 to 2007, to 5.8% in 2008, 8.9% in 2009 and 14.1% in 2010; and for collective procedures the loss was as high as 4% in 2010. The conclusion is that the major justification for glosses was the repetition of procedure to the same patient and same tooth in individual procedures, and the non realization of the program in collective activities, and there was an increase in production loss. The records from the oral health teams should not be seen just as the fulfillment for bureaucratic norms or to the employment of individual techniques. It is important to gain real perspective of its importance and the implications that mistakes and errors ca cause to the system such as the loss of information and the non achievement of health indicators.

Keywords: Auditing. Evaluation. Odontological services. Single Health System.

5.3 INTRODUÇÃO

Na assistência à saúde, a Auditoria pode ser desenvolvida em vários setores e por diferentes profissionais, podendo ser realizada em hospitais, clínicas, ambulatórios, por operadoras de planos e seguros de saúde, destacando-se entre elas a auditoria médica, caracterizada por uma sequência de ações administrativas, técnicas e observacionais, com o intuito de analisar a qualidade dos serviços prestados, a fim de assegurar seu melhor desempenho e resolubilidade (MOTTA, et al., 2005).

A auditoria no Brasil, antes da criação do Sistema Único de Saúde estava vinculada ao INAMPS e não chegaram a ser totalmente descentralizadas; quando foram transferidas, a estrutura do controle e avaliação apresentava um grau elevado de burocratização que conservou sua forma de funcionamento, não chegando à construção de uma “cultura estadual” (SANTOS, 1998)

A Constituição Brasileira de 1988, no Art.197, ampliou as obrigações do Estado ao classificar as ações e os serviços de saúde como de “relevância pública”, encarregando o Poder Público de “dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (BRASIL, 1988).

A Lei nº 8.080, promulgada em 1990 estabeleceu a criação do Sistema Nacional de Auditoria para acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, ficando reservada a esfera federal a responsabilidade de instituir o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional, em cooperação técnica com Estados, Municípios e Distrito Federal" (BRASIL, 1990).

Antes da criação da auditoria no SUS, as práticas, as estruturas, os instrumentos de controle, avaliação e auditoria das ações de saúde estiveram, predominantemente, associados ao faturamento. No entanto, esse setor, além do faturamento, se refere à comprovação da qualidade da atenção à saúde, ao uso da verba pública no financiamento da atenção à saúde e à veracidade da informação em seus sistemas, sendo a base para o estabelecimento de políticas, planos e programas de saúde e de acompanhamento do sistema (BRASIL, 2008).

Assim, no SUS, a atuação dos auditores desencadeia a correção e o acompanhamento das distorções, apontando as não conformidades, de modo que tais irregularidades sejam corrigidas e evitadas por outros. Tal atividade requer dos auditores, entre outras características, preparo técnico, controle emocional, atitudes éticas e consciência moral, pois a cada auditoria, mediante exame analítico e verificação *in loco,* emitirá um "Relatório" contendo recomendações que serão encaminhadas à pessoa física e ou jurídica para que sejam corrigidas as distorções e prevenidas as irregularidades (BRASIL, 2008).

Os relatórios realizados pelos auditores são instrumentos que viabilizam parâmetros para reformulação de trabalhos efetuados, diretrizes de controle e avaliação do serviço. Servem com um norteador de como proceder no faturamento dos procedimentos a serem realizados no SUS, sem que haja perdas financeiras e nem de indicadores de saúde, fazendo também um papel educativo e ilustrativo, através das recomendações de como melhorar o serviço para um planejamento futuro, minimizando os impactos maiores em relação à gestão.

A avaliação da assistência odontológica deve ser realizada por meio de critérios que norteiam a ação do cirurgião-dentista em relação à qualidade e à quantidade de serviços através de uma análise fundamentada em evidências relacionadas ao processo e a todos os sujeitos envolvidos, bem como a importância dos registros e anotações nos serviços de informação no sistema de saúde (BRASIL, 2005).

No presente estudo objetivou fazer um levantamento das principais causas de glosas dos procedimentos odontológicos e também demonstrar o percentual de perdas de produção odontológica, desde a entrega ao Sistema Municipal de Auditoria até a aprovação no Ministério da Saúde, tomando como base os dados oferecidos do Sistema Municipal de Auditoria de Aquidauana, (MS), nos anos de 2001 a 2010.

5.4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de série histórica retrospectiva, com abordagem quantitativa sobre as causas mais frequentes de glosas de procedimentos e as perdas de produção nos serviços odontológicos da rede pública do município de Aquidauana (MS), no período de 2001 a 2010.

Foram utilizados manuais do Ministério da Saúde, relatórios das justificativas de glosas da Gerência Municipal de Saúde, através do Núcleo de Controle, avaliação e auditoria de Aquidauana, dados no DATASUS da produção apresentada e aprovada de 2001 a 2010. A partir da visão geral, buscaram-se definir a ação, os procedimentos empregados, os modelos existentes, o conhecimento das necessidades, os erros mais frequentes, a perda de produção e as dificuldades encontradas no desenvolvimento das atividades da Auditoria no setor de odontologia.

Foram levantadas as principais causas de glosas no período estudado, tanto na atenção básica quanto na média e alta complexidade. Realizou-se, também o cálculo do total de glosas o qual foi, depois, subdividido em glosas dos procedimentos individuais e coletivos, para melhor compreensão dos dados e para efeito de informação.

Foi elaborada como instrumento de coleta de dados uma planilha no Microsoft Excel, que possui os elementos da pesquisa, em que se registraram as glosas ocorridas no serviço odontológico do município de Aquidauana, MS, de 2001 a 2010.

Após a coleta de dados, realizou-se a leitura das fichas para identificar as principais causas de erros. Foram calculadas as porcentagens de perdas e posteriormente, foi realizada a leitura seletiva para verificação dos pontos relevantes.

Para análise da perda de produção, considerou-se, desde a produção apresentada pelo serviço de informação próprio da Secretaria Municipal de Saúde, até os dados aprovados e disponíveis no Site do DATASUS nos anos de 2001 a 2010. Optou-se pelo município de Aquidauana, em virtude de ali haver um Sistema de Auditoria implantado e estruturado há mais de 10 anos, que atende às normas do Sistema Nacional de Auditoria.

5.5 RESULTADOS

Neste período foram apresentados 921.300 procedimentos odontológicos, sendo 223.226 (24,2%) nos procedimentos individuais e 698.074 (75,8%) nos coletivos, dos quais ocorreram 23.881 que corresponde 2,6% do total de procedimentos apresentados, sendo 10.158 (42,5%) nos procedimentos coletivos e 137.23 (57,5%) nos procedimentos individuais.

A Tabela 1 demonstra o total de procedimentos apresentados e número de glosas, desde a entrega no Sistema Municipal de Auditoria até os dados oferecidos no DATASUS. Verifica-se que houve aumento de glosas neste período.

Tabela 1 - Produção Total dos procedimentos individuais e coletivos apresentados e aprovados no município de Aquidauana (MS) no período de 2001 a 2010, Araçatuba (SP), 2011.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total de procedimentos apresentados na auditoria	**96253**	**105040**	**110617**	**79432**	**107360**	**90846**	**56788**	**80076**	**103799**	**91089**
Total deGlosas da auditoria	1452	7464	422	225	341	610	877	1284	3165	7564
Total de Procedimentos apresentados ao SUS	**94801**	**97576**	**110195**	**79207**	**107019**	**90236**	**55911**	**78792**	**100634**	**83625**
Total de Glosas do SUS	121	14	199	50	25	100	0	18	22	28
Total de procedimento aprovado	94680	97562	109996	79157	106994	90136	55911	78774	100612	83597

Fonte: Relatórios de justificativas de glosas do Sistema Municipal de Auditoria de Aquidauana,MS.

As tabelas 2 e 3 mostram a quantidade de produção apresentada e aprovada dos procedimentos individuais e coletivos e as glosas efetuadas. As glosas efetuadas pelo sistema ocorrem nos procedimentos individuais e houve um aumento de glosas neste período nas duas práticas executadas.

Tabela 2 - Produção apresentada e aprovada de procedimentos coletivos no município de Aquidauana (MS) de 2001 a 2010, Araçatuba (SP), 2011.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total de procedimentos coletivos apresentado na auditoria	74515	84406	89655	67601	91957	72027	38551	57886	68431	53045
Total de Glosas da auditoria	1001	7000	5	1	2	0	4	8	21	2116
Total de procedimentos coletivos apresentado ao SUS	73514	77406	89650	67600	91955	72027	38547	57878	68410	50929
Total de glosas do Sistema	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total de procedimentos aprovados	73514	77406	89650	67600	91955	72027	38547	57878	68410	50929

Fonte: Relatórios de justificativas de glosas do Sistema Municipal de Auditoria de Aquidauana,MS.

Tabela 3 - Produção apresentada e aprovada de procedimentos individuais no município de Aquidauana (MS) de 2001 a 2010, Araçatuba (SP), 2011.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total de procedimentos individuais apresentados na auditoria	21738	20634	20962	11831	15403	18819	18237	22190	35368	38044
Total de Glosas da auditoria	451	464	417	224	339	610	873	1276	3144	5348
Total de procedimentos apresentados ao SUS	21287	20170	20545	11607	15064	18209	17364	20914	32224	32696
Total de glosas do Sistema	121	14	199	50	25	100	0	18	22	28
Total de procedimentos aprovados	21166	20156	20346	11557	15039	18109	17364	20896	32202	32668

Fonte: Relatórios de justificativas de glosas do Sistema Municipal de Auditoria de Aquidauana,MS.

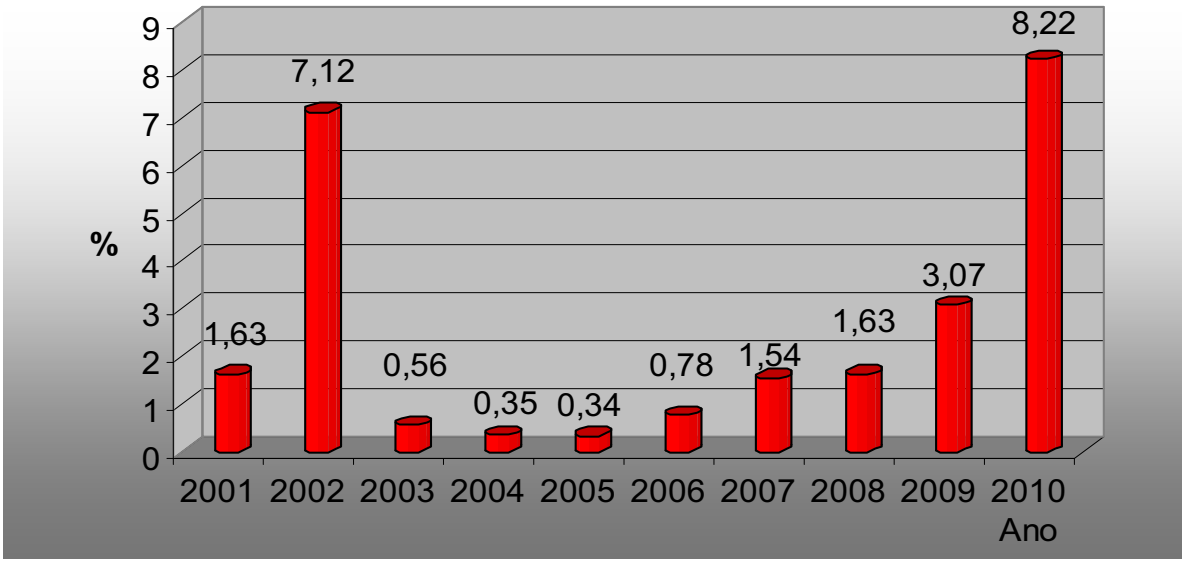


Figura 1 - Porcentagem da perda total de procedimentos odontológicos do município de Aquidauana (MS) no período de 2001 a 2010, Araçatuba (SP), 2011.

A figura 1 apresenta a perda total de procedimentos desde a entrega do setor de auditoria até os dados disponíveis no DATASUS. Houve um aumento da perda dos procedimentos passando de 3.07% em 2009, para 8,22% em 2010.

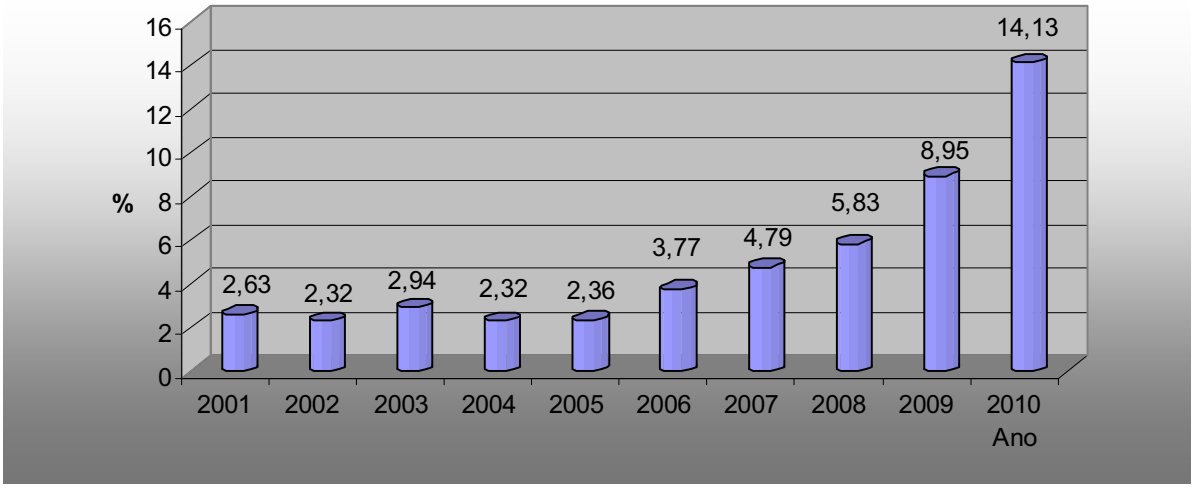


Figura 2 - Porcentagem da perda de produção dos procedimentos individuais odontológicos do município de Aquidauana (MS) no período de 2001 a 2010, Araçatuba (SP), 2011.

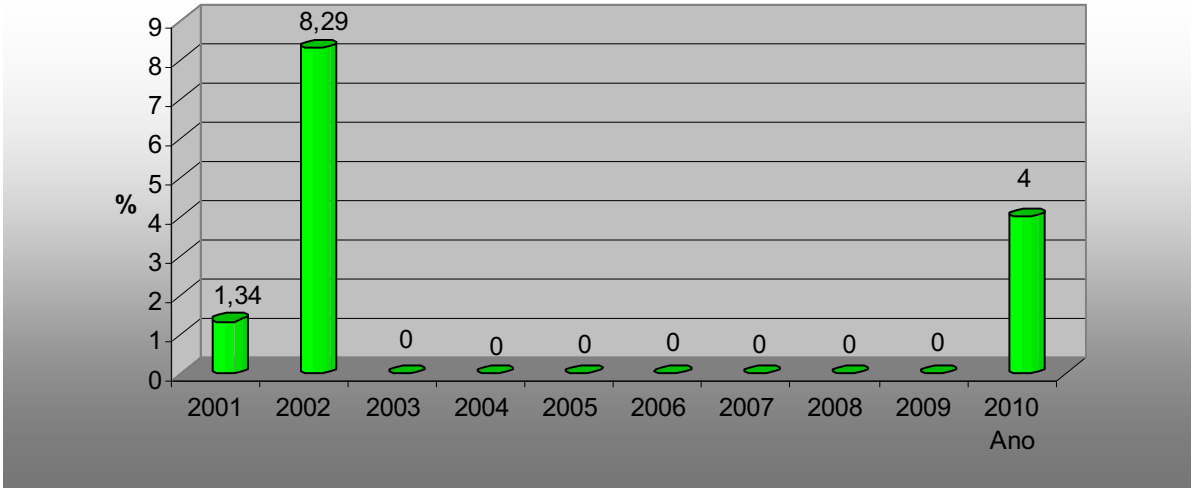


Figura 3 - Porcentagem da perda de produção dos procedimentos coletivos odontológicos do município de Aquidauana (MS) no período de 2001 a 2010, Araçatuba (SP), 2011.

As figuras, 2, 3 apresentam as perdas de procedimentos individuais e coletivos desde a entrega do setor de auditoria até os dados disponíveis no DATASUS. Houve um aumento da perda dos procedimentos individuais passando de menos de 5% no período de 2001 a 2007, para 5,8% em 2008, 8,9% em 2009 e 14,1% em 2010 e nos procedimentos coletivos a perda atingiu 4% em 2010. Vale ressaltar que no período de 2003 a 2009 não houve glosas nos procedimentos coletivos.

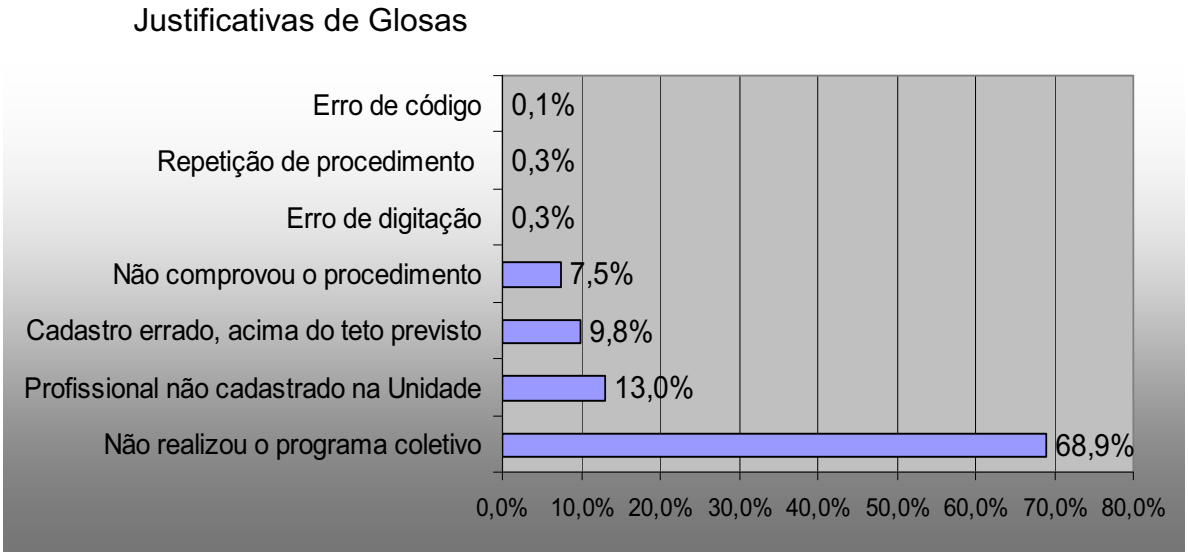


Figura 4 – Número percentual do Total das justificativas de glosas dos procedimentos odontológicos coletivos do município de Aquidauana (MS) no período de 2001 a 2010, Araçatuba (SP), 2011.

A figura 4 apresenta os dados de causas de glosas referentes aos procedimentos coletivos, demonstrando que, até 2007, não houve glosas significativas, com exceção dos anos de 2001 e 2002 que, no mês de janeiro não realiza o programa devido às férias escolares e em 2002 houve glosas em virtude da não realização do programa no mês de fevereiro uma vez que as escolas iniciaram o ano letivo no mês de março. Observa-se, também, que a partir de 2008, o aumento de glosas, devido à incorporação das atividades coletivas dos atendimentos realizados pelos ESF, como atividades educativas na comunidade e visitas domiciliares.

Quadro 1 – Número Percentual do total das justificativas de glosas dos procedimentos odontológicos individuais do município de Aquidauana (MS) no período de 2001 a 2010, Araçatuba (SP), 2011.

Nº	Justificativa de Glosas	%
1	Repetição de procedimento no mesmo paciente, no mesmo dente	42,4
2	Erro de digitação	13,2
3	Erro de código	12,6
4	Duplicidade de código no mesmo paciente	10,3
5	Não tem o procedimento realizado	7,2
6	Idade não corresponde ao procedimento	3,2
7	Profissional não cadastrado na Unidade	2,9
8	Não tem o número do dente	1,5
9	Não tem o nome do paciente	1,5
10	Erro de CBO	1,2
11	Radiografia com endodontia	1,2
12	Não preencheu o odontograma	0,7
13	Não tem a face do dente	0,4
14	Erro de face	0,3
15	Não tem o cadastro do código na FPO	0,3
16	Procedimento cobrado em outra Unidade	0,3
17	Primeira consulta no final do tratamento	0,2
18	Procedimento errado, não tem o material na Unidade/realizado sem radiografia	0,2
19	Realizado exodontia num dia e restaurado no outro	0,2
20	Cadastro errado, acima do teto previsto	0,1
21	Hemoragia antes da exodontia	0
22	Não confere nª de próteses instaladas com confeccionadas	0
23	Procedimento realizado pelo próprio profissional	0
24	Procedimento sem o cartão SUS	0
	Total	100

Fonte: Relatórios de justificativas de glosas do Sistema Municipal de Auditoria de Aquidauana,MS.

O quadro 1 apresenta dados das justificativas de glosas dos procedimentos individuais, demonstrando que a maior justificativa delas é a repetição de procedimento no mesmo paciente ou no mesmo dente na mesma sessão (42,4%), seguida de erro de digitação (13,2%), erro de código (12,6%), duplicidade de código no mesmo paciente e no mesmo dente (10,3%). No anexo D, está o quadro com o número e a frequência dos procedimentos individuais por ano de cada justificativa de glosas.

5.6 DISCUSSÃO

Houve uma perda dos dados referentes aos meses de maio a julho de 2004, devido à formatação dos computadores e perda dos relatórios no arquivo morto da Secretaria Municipal de Saúde.

Os anexos C, D, E mostram o número absoluto e a porcentagem das causas mais freqüentes de glosas. Optou-se pela divisão de procedimentos coletivos e individuais, em virtude das glosas, realizadas no coletivo, quando acontecem, são em número maior por tratar-se de procedimentos que envolvem grupos de pessoas, pois o faturamento ocorre conforme o número de pessoas que participam, acarretariam assim, uma má interpretação da frequência e da principal justificativa das glosas. Foram consideradas, também, as glosas efetuadas pelo próprio sistema.

Os resultados das informações demonstram que as causas mais frequentes de glosas são a não realização do programa coletivo, seguido de repetição de procedimento no mesmo paciente na mesma sessão, erro de digitação e erro de código.

No entanto, se considerarmos as causas de glosas nos procedimentos individuais, a repetição de procedimentos no mesmo paciente na mesma sessão no mesmo dente, passa a ser a principal causa que representa repetição propriamente dita e faturamento do procedimento de raspagem sem especificação do sextante, seguida de erro de digitação que envolve falha do profissional digitador no momento do faturamento, assim como a não digitação do nome, dente e número do prontuário do paciente, e o erro do número dente (Ex.: 1345, 49, 89).

Além destas, apresentaram também erro de código, que compreende código de dente decíduo em dente permanente e vice-versa, erro de face, código que não compreende ao procedimento, idade não compreende ao procedimento, duplicidade de código no mesmo dente que abrange dois códigos no mesmo paciente e no mesmo dente e na mesma sessão, como raspagem subgengival + restauração ou com aplicação de flúor, seguido de procedimentos não realizados compreendendo a não realização do procedimento ou não em conformidade com as normas do Ministério da Saúde e nos procedimentos coletivos a não realização do programa preventivo coletivo, seguido de cadastro errado e não realização do programa.

Fazendo um comparativo com a perda de produção ocasionada pelas glosas do Setor de Auditoria e do próprio sistema, observou-se que houve um aumento do percentual de perdas, a partir da implantação da tabela unificada em 2008, pois, apesar da unificação dos códigos, quando muitos deles foram suprimidos e outros se agruparam, o sistema tornou-se mais rígido e complexo, principalmente em relação ao cadastro Nacional de estabelecimento de Saúde (CNES), o CBO (Código Brasileiro de Ocupação), a FPO (Orçamento Físico Orçamentário) e também aos protocolos estabelecidos para cada procedimento.

É importante ressaltar que os profissionais de saúde são um dos principais responsáveis pelas causas de glosas e, consequentemente, da perda de produção, com falta de entendimento do faturamento, das normas dos códigos e, principalmente, no momento do registro dos procedimentos. Percebe-se haver necessidade de capacitação aos profissionais na busca da qualidade dos serviços e da coletividade e também na melhoria do sistema de informação.

Segundo Villalba et al. (2009), o descompasso entre a formação dos profissionais de saúde, a necessidade de serviços e as necessidades de saúde da população são um desafio para o poder público brasileiro e o setor odontológico não ficou distante dessa transformação vivida nas últimas décadas; pois a necessidade de melhoria epidemiológica da saúde bucal e aumento do acesso às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, a odontologia foi incluída na Estratégia da Saúde da Família.

Entretanto, tal reorganização requer profissionais capacitados com uma visão ampla de forma a compreender famílias, indivíduos de forma integral e sistêmica, requerendo currículos e programas de capacitação orientados para atender a essas necessidades, em consonância com realidade dos sistemas locais de saúde, para que estes atendam de forma qualitativa, no sentido de planejar, desenvolver e avaliar as ações de saúde bucal atendendo aos anseios da população (VILLALBA et al.,2009).

Smeltzer et al. (2005) relatam que os registros de cuidados de saúde dos usuários foram e ainda são executados com a intenção de promover um meio de comunicação entre os membros do grupo de saúde, para facilitar a coordenação e a continuidade do planejamento.

Kurcgant (2006) *apud* Ferreira et.al. (2009) afirmam ser indiscutível a necessidade e a importância de um sistema de informação que propicie a todos os

elementos da equipe de enfermagem, informações necessárias ao desenvolvimento da assistência. Assim sendo, o sistema de informação em enfermagem viabiliza o processo de comunicação entre os integrantes da equipe de saúde e do usuário, sendo válido também ao serviço de saúde como um todo, principalmente, no serviço odontológico.

Para a melhoria da qualidade dos serviços para a população, essa nova prática requer uma atitude de corresponsabilidade. Isso é, por um lado os profissionais de saúde são responsáveis pelos registros e entendimentos dos protocolos, por outro lado a responsablidade cabe às coordenações de saúde bucal e aos serviços de controle e avaliação e auditoria na capacitação constante dos profissionais odontológicos das mudanças estabelecidas pelo Ministério da Saúde (FIGUEIREDO et al., 2009).

A complexidade dos serviços odontológicos está diretamente associada ao tipo de procedimento a ser realizado, bem como sua relação com outros fatores, tais como: características dos equipamentos e disponibilidade de profissionais, formação universitária, muitas vezes sendo um fator limitante nos registros e na execução dos serviços, implicando conflitos entre os protocolos e as normas descritas para os procedimentos com os diferentes conhecimentos adquiridos e técnicas individuais dos profissionais do serviço de saúde bucal (BRASIL, 2005).

O uso de sistemas de informação em saúde, a exemplo do SIA/SUS, pode ser descrito com um fator limitante deste estudo, visto que os dados disponíveis são de procedimentos realizados, apresentados e aprovados pelo Ministério da Saúde, não demonstrando as causas das glosas efetuadas, as quais seriam dados importantes para cálculo da quantidade de procedimento perdidos, desde a entrega ao setor de auditoria até a etapa final, pois, desde a sua implantação foi utilizado para fins de pagamento dos procedimentos realizados, não abordando as causas e os erros mais cometidos, ficando esses registros de informação restritos aos setores de auditoria e aos gestores, acarretando assim, falta de informação de como proceder para que não haja erros excessivos e, principalmente, o entendimento do papel do Auditor no SUS (BARROS et al., 2003; VOLPATO et al.,2006).

Deve ser do interesse de toda equipe multiprofissional que, desde a entrada do usuário na Unidade de Saúde até o faturamento final, todos os dados sejam preenchidos corretamente: dados pessoais, nome completo sem abreviação,

endereço completo, data de nascimento, número correto do prontuário sem duplicidade, número do cartão nacional de saúde, preenchimento adequado dos prontuários com história clinica do paciente, odontograma e anamnese preenchidas, e registros datados, dos procedimentos realizados com assinatura do profissional e dos usuários.

É de fundamental importância que os boletins que vão para a digitação com códigos e subcódigos bem descritos, caso o serviço possua sistema de informação, em que os dados sejam todos digitados, com intuito de gerar informações corretas, pois diante de procedimentos não comprovados ou anotados de forma deficiente, acontecerão as glosas e a Instituição poderá ser penalizada em seus resultados financeiros..

5.7 CONCLUSÃO

Conclui-se que a causa mais freqüente de glosas foi a de repetição de procedimento no mesmo paciente e no mesmo dente nos procedimentos individuais e a não realização do programa preventivo nas atividades coletivas. Houve aumento da perda de produção. A importância do correto preenchimento dos registros dos dados para alimentação do sistema de informação não deve ser encarada como um simples cumprimento de norma burocrática, mas sim como um meio de assegurar a fidedignidade dos mesmos, possibilitando aos gestores e equipes de saúde o planejamento e avaliação das ações de saúde, garantindo a qualidade do serviço prestado.

5.8 REFERÊNCIAS

BARROS, S.G.; CHAVES, S.L.A. Utilização do sistema de informações ambulatoriais (SIA-SUS) com instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. **Epidemiol Serv Saúde**, v.12, n.1, p.41-51, 2003.

BRASIL. **Constituição:** República Federativa do Brasil, 1988. Brasília, Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Auditoria no SUS: noções básicas sobre sistemas de informação,** Brasília. Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Orientações técnicas sobre auditoria em odontologia no SUS:** caderno 2. 2. ed. Brasilia: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria. **Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de normas de auditoria**. Brasília: Ministério da Saúde 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde bucal**. Brasilia: Ministério da Saúde, 2006. 96p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual para organização da atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: **Manual do sistema de informação de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CREPALDI, S. A. **Auditoria contábil**: teoria e prática. 3. Ed. São Paulo: Atlas, 2004.

DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to Its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980. v1.

FERREIRA, T.S., et al. Auditoria de enfermagem: impacto das anotações das anotações da enfermagem no contexto das glosas hospitalares. **Aquichán**, v.9 n.1, p. 38-49, 2009.

FIGUEIREDO, N; GOES, P.S.A., Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.2, p. 259-267, 2009.

GIL, A. C.. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MATA, J. E.; MARTOS, E. C.; ANZALDI, M. A. C. E. **Auditoria odontológica**. Buenos Aires: Ediciones Dunken, 1996.

MOTTA, A. L. C.; LEÃO, E.; ZAGATTO, J. R. **Auditoria médica no sistema privado**: **abordagem prática para organizações de saúde**. São Paulo: Látria, 2005.

PIMENTEL, M. A. **A questão do sangue: rumos das políticas públicas de hemoterapia no Brasil e no exterior.** 2006. 150 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SANTOS, F. P. O novo papel do município na gestão da saúde: o desenvolvimento do controle e avaliação. In: CAMPOS, C.R. et al. **O Sistema Único de Saúde** em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 31-49.

SILVA, M. **Compêndio de Odontologia Legal**. Rio de Janeiro: Medsi, 1997.

SMELTZER, S.C.; BRENDA, G.B.; Brunner & Suddarth: **tratado enfermagem médico cirúrgico**. 10. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 2005.

VILLALBA, J.P.; MADUREIRA, P.R.; BARROS, N.F. Perfil do profissional cirurgião-dentista para atuação no Sistema Único de Saúde, **Rev. Inst. Cienc. Saúde**, v. 27, n.3, p. 242-268, 2009.

VOLPATO L.E.R.; SCATENA J.H. Análise da política de saúde bucal do Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, a partir do banco de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). **Epidemiol Serv Saúde,** 2006, v. 15, n.2, p. 47-55, 2006.

6 Capítulo 3 - INDICADORES DE SAÚDE BUCAL ESTABELECIDOS PARA A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: Uma análise do município de Aquidauana(MS).

6.1 Resumo

O Sistema de Auditoria é um dos instrumentos mais eficazes para o avanço das políticas públicas de saúde e para a avaliação dos serviços prestados; no entanto, existem poucos estudos sobre análise dos dados que envolvem esse setor no Brasil. Nesta pesquisa, objetivou-se analisar os procedimentos das equipes de saúde bucal da estratégia de saúde da família do município de Aquidauana (MS), comparando com os indicadores estabelecidos pelos Decretos nº 11.684 de 05/06/2004 e nº 12.005 de 22/12/2005 da Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul que estabelece, mensalmente, o mínimo de 10 visitas domiciliares, 26 tratamentos completados e uma atividade educativa. Foram analisados os relatórios apresentados pelas equipes de saúde bucal no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), nos anos de 2007 a 2010. Os resultados demonstraram que houve um aumento gradativo das unidades de Estratégia da Saúde da Família, passando de cinco em 2007 para nove em 2009. Em relação ao cumprimento dos indicadores estabelecidos para as nove Unidades da Estratégia da Saúde da Família registrou que: no item visitas domiciliares duas Unidades atingiram a meta em 2007, uma em 2008, quatro em 2009 e três em 2010; com referência à finalização de tratamento, uma Unidade atingiu em 2009 e uma em 2010; em relação a atividades educativas, seis atingiram em 2007, seis em 2008, sete em 2009, duas em 2010. Conclui-se que a maioria das equipes da saúde da família não atingiu as metas preconizadas, havendo, portanto, necessidade de mudança no processo de trabalho com planejamento das atividades, por meio do diagnóstico situacional, com adstrição da população, de acordo com sua dinamicidade, abrangendo um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo para prevenção, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Indicadores. Estratégia da Saúde da Família. Avaliação. auditoria.

Chapter 3 – INDICATORS OF ORAL HEALTH ESTABLISHED FOR THE STRATEGIC FAMILY HEALTH UNIT: An analysis to the municipality of Aquidauana (MS).

6.2 Abstract

The auditing system is one of the most efficient instruments to the advancement of public policies in health and in the evaluation of services delivered. However, there are few studies about the data analysis to this sector in Brazil. In this research, the goal was to analyze procedures from oral health teams for the strategic health family units in Aquidauana (MS), comparing to indicators established by decrees 11,684 from June 05, 2004 and 12,005 from December 22, 2005 from the State Health Office, which establish a minimum of 10 home visits, 26 completed treatments and one educational activity. Reports by the oral health teams to the information system (SIAB) from 2007 to 2010 were analyzed. Results show a gradual increase in the number of strategic health family units, from 5 in 2007 to 9 in 2009. In regards to meeting the indicators established for to the strategic health family units, for home visits, two units met the target in 2007, one in 2008, four in 2009, and three in 2010; with reference to the finalization of treatments, one unit met the target in 2009 and one in 2010; in regards to educational activities, six achieved the target in 2007, six in 2008, seven in 2009, and two in 2010. The conclusion was that the majority of the family health units did not meet the set targets and there is a need for change in the work process in regards to activity planning, by means of situational diagnostic, respecting population dynamics, and taking into consideration individual and collective actions in regards to health prevention, treatment, rehabilitation and maintenance.

Keywords: Oral heath. Indicators. strategic family health. Evaluation. auditing

6.3 INTRODUÇÃO

A Estratégia da da Saúde da Família tem como objetivos reorganizar a atenção básica, aumentar a acessibilidade e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde. Atualmente é definida como Estratégia, pois se caracteriza pela reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalização, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, meio e fim, com prazos determinados (BRASIL, 2006).

Com a Constituição de 1988, houve a confirmação da unificação dos serviços institucionais de saúde com a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS), que trouxe uma nova formulação política e organizacional para o setor, através de um conceito ampliado, interligando setores, fazendo a descentralização, a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde (WERNECK, 1994).

Uma das principais diferenças entre o modelo médico-assistencial e o sanitarista é a inclusão de novos sujeitos, incorporando a população na construção desse instrumento através do controle social, focando a atenção na qualidade de vida e não apenas no atendimento de queixas e doenças (AERTS, et al. 2004).

Nesse contexto, a saúde bucal passou por processo de institucionalização e um estágio de participação política semelhante ao da área médica. Por isso, tem refletida em suas ações uma prática assistencial excludente, à qual se opõe um estágio de participação mais ativa nas causas reformistas nas políticas de saúde (BRASIL, 2005).

O histórico da institucionalização da Odontologia, no Brasil, demonstra a atenção à saúde voltada aos escolares do ensino fundamental. Esse pensamento permitiu que o sistema incremental fosse aplicado durante quatro décadas, repetindo as atividades de dar somente atendimento de urgência aos adultos, em virtude do custo elevado de seus insumos, da utilização de recursos humanos pouco preparados para atuar no serviço público e do planejamento restrito ao caráter normativo e pela inexistência de integração com os demais setores (BRASIL, 2006).

Nos anos 1990, o espaço escolar passou a ser questionado como um local exclusivo do atendimento em saúde bucal, iniciando-se a discussão de outras perspectivas e estratégias de organização do trabalho odontológico. Novos

conhecimentos técnicos e científicos sobre doenças bucais e as formas de nela intervir, transformações ocorridas na distribuição e na manifestação das doenças, além de métodos alternativos de planejamento em saúde aplicados à realidade odontológica, permitiram outras propostas e modelos de organização da prática pública odontológica fora do espaço escolar (CARVALHO; LOUREIRO, 1997).

Segundo Aerts et al. (2004), a prática odontológica abrange uma série de ações que incidem não somente na saúde dos indivíduos e da coletividade, mas também no meio ambiente. A importância da participação do cirurgião dentista na equipe da estratégia da saúde da família se deve ao conhecimento técnico específico e ao embasamento científico que orientam as ações.

O desenvolvimento de uma programação com ênfase promocional caracterizou na inserção da saúde bucal coletiva nas Estratégias da Saúde da Família passando a fazer parte das atividades promocionais intradomiciliares e a se utilizar dessas atividades para definir quem recebe atenção (utilizando critérios de risco), bem como para organizar o fluxo de acesso à unidade básica de saúde, onde são desenvolvidas as ações preventivo-promocionais e curativas (BRASIL, 2006).

As maiores dificuldades deste modelo estão em ainda existir uma concentração da atenção preventiva no espaço limitado da unidade de saúde, bem como a falta de mecanismos que articulem o atendimento curativo às ações preventivo-promocionais realizadas com a família, o controle da qualidade e avaliação dos indicadores de saúde bucal (BRASIL, 2006).

Para Vuori (1988), são muitos os elementos envolvidos nos conceitos de qualidade dos serviços de saúde: efetividade (relação entre o impacto real de um serviço dentro de um sistema operativo e o impacto potencial de uma situação real), eficiência (relação entre o impacto de um serviço e o custo de sua produção), adequação (relação entre a disponibilidade de serviços e necessidades da população), qualidade técnica científica (conhecimento e tecnologia disponível), satisfação do usuário e do profissional de saúde, acessibilidade (capacidade de obter os serviços de que necessita e em quantidade suficiente) e continuidade (tratamento como um todo).

O fortalecimento de ações comunitárias é uma das partes mais importantes para a promoção de saúde bucal da população, visando à integração da abordagem tradicional-vertical com a abordagem horizontal. Nesse sentido, a contribuição básica é o envolvimento ativo da população em questões que ela conhece, atuando

na tomada de decisões, planejamento e implementação de ações, bem como na fiscalização dos recursos utilizados (BUSS, 1998; DICKSON; ABEGG, 2000).

Para Hartz (2002), institucionalizar a avaliação deve ter o sentido de integrá-la em um sistema organizacional no qual esta seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação, ligando, necessariamente, as atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas.

Requer, assim, o enfrentamento de aspectos técnicos, definição de critérios, indicadores e instrumentos culturais organizacionais, referentes ao *modus operandi* de como as instituições desenvolvem suas práticas de avaliação, e políticos, relacionados às relações de poder que se estabelecem entre as esferas de gestão e os diferentes atores envolvidos nas práticas de saúde (MEDINA; AQUINO, 2002).

A avaliação em saúde, no Brasil, apresenta-se em um contexto em que os processos ainda são incipientes, pouco incorporados às práticas e possuem caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão. (BRASIL, 2003).

A Odontologia encontra-se numa etapa inicial em relação à avaliação da qualidade da assistência. A busca pela qualidade em serviços de saúde bucal tem poucas referências na literatura, ao contrário da área médica. Os conceitos sobre qualidade, sua aplicabilidade e os grandes benefícios advindos dessa prática são conhecidos, inclusive, na contenção de custos, mas verifica-se que a implementação de um sistema de garantia da qualidade é incipiente e restrito a algumas organizações (JUHAS, 2002).

O objetivo deste estudo é analisar os procedimentos das equipes de saúde bucal da estratégia de saúde da família do município de Aquidauana (MS), comparando com os indicadores para o setor, estabelecidos pelos Decretos nº 11.684 de 05/06/2004 e nº 12.005 de 22/12/2005 da Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul, procurando, assim, um instrumento eficiente no controle das ações de saúde bucal.

6.4 Metodologia

Trata-se de um estudo de série histórica retrospectiva e quantitativa, de caráter avaliativo que utilizou dados dos relatórios preenchidos pelas equipes da estratégia da saúde da família, do município de Aquidauana (MS) de 2007 a 2010. Optou-se pelo município de Aquidauana (MS) por possuir um Sistema de Auditoria implantado há mais de 10 anos, estar estruturado, e atendendo às normas do Sistema Nacional de Auditoria.

A avaliação consistiu na comparação com os relatórios dos indicadores propostos pelos Decretos nº 11.684/2004 e nº 12.005/2005 da Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul, que estabelece, mensalmente, o mínimo de 10 visitas domiciliares, 26 tratamentos completados e uma atividade educativa.

Foi elaborada, como instrumento de coleta de dados, uma planilha no Microsoft Excel, com os elementos da pesquisa, que registravam os dados das metas do Decreto acima citado para o serviço odontológico do município de Aquidauana (MS) de 2007 a 2010. Foram admitidos todos os ESF implantados até o ano de 2009, resultando em nove Unidades da Estratégia da Saúde da Família.

Após a coleta de dados, realizou-se a leitura das fichas para fazer a média em cada item, em cada Estratégia da Saúde da Família. Foram calculadas as porcentagens e, posteriormente, realizada a leitura seletiva para verificação dos pontos relevantes.

Ressalta-se que as informações desses boletins são indicadores estabelecidos por Decreto Estadual do Mato Grosso do Sul e preenchidos conforme a Ficha D e mapas enviados pelas equipes dos ESFs para a coordenação da Atenção Básica do município. As informações são digitadas no SIAB (Sistema de informação da Atenção Básica) para depois serem enviadas à Coordenação Estadual da Saúde da Família.

Entretanto, foi necessário confrontar os dados dos Sistemas de informação SIAB e S I A para controle e avaliação do serviço, devido ao fato de as equipes de saúde bucal não atingirem as metas estabelecidas. Dessa forma, a partir de novembro de 2009, os boletins começaram a ser enviados ao setor de Auditoria para análise e correção.

6.5 RESULTADOS

Foram realizadas 2.995 visitas domiciliares, 4.921 tratamentos completados e 866 atividades educativas que dão grande relevância para a elaboração da pesquisa científica, demonstrando que houve um aumento gradativo das unidades de Estratégia da Saúde da Família, passando de seis em 2007 para nove em 2009.

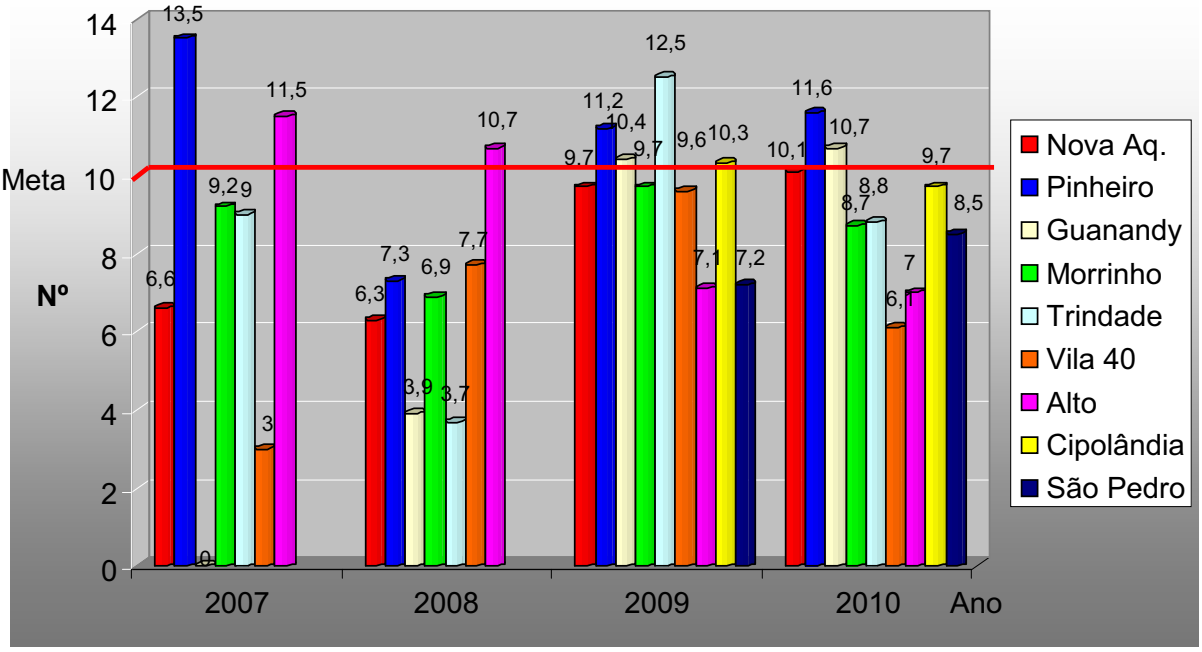


Figura 1 – Média de visitas domiciliares nas ESF do município de Aquidauana (MS) no período de 2007 a 2010, Araçatuba (SP), 2011.

A Figura 1 representa a média de visitas domiciliares que tem como meta no mínimo dez visitas domiciliares mensais; verifica-se que duas Unidades atingiram a meta em 2007, uma em 2008, quatro em 2009 e quatro em 2010

A figura 2 demonstra a média de atividades educativas que tem como meta no mínimo uma atividade educativa mensal, o qual mostra que seis unidades atingiram a meta em 2007, seis em 2008, sete em 2009, duas em 2010. Vale ressaltar que o ESF do Morrinho registrou os procedimentos do programa coletivo como atividade coletiva no ano de 2007 até outubro de 2009.

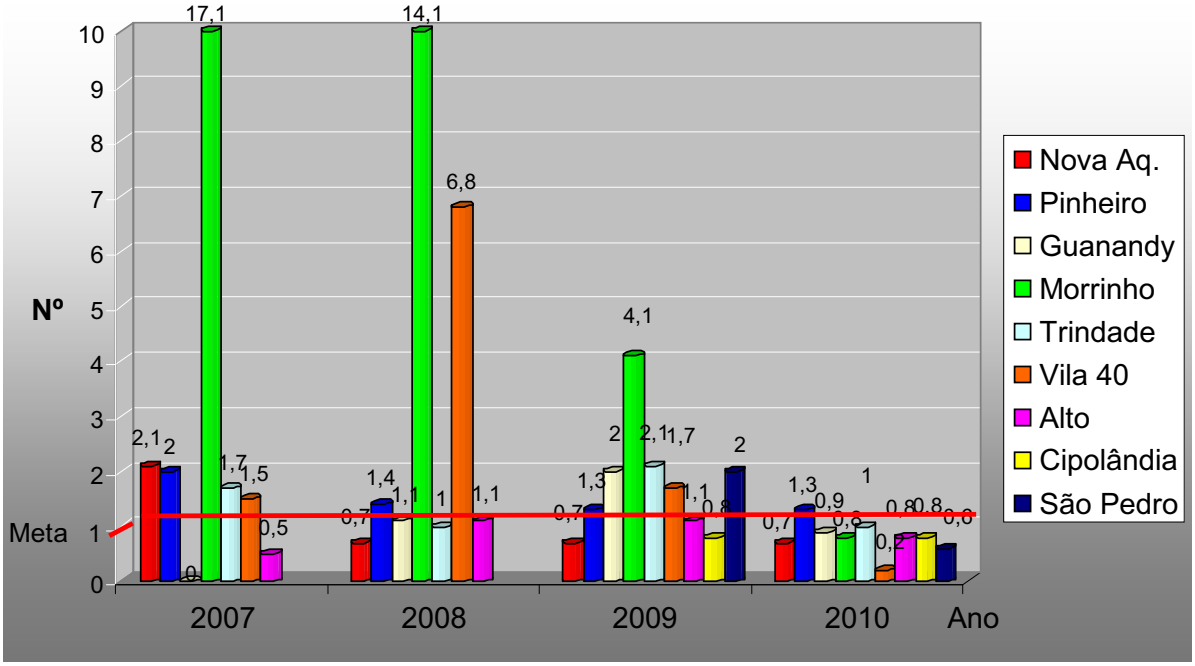


Figura 2 – Média de Atividades Educativas nas ESF do município de Aquidauana (MS) no período de 2007 a 2010, Araçatuba (SP), 2011.

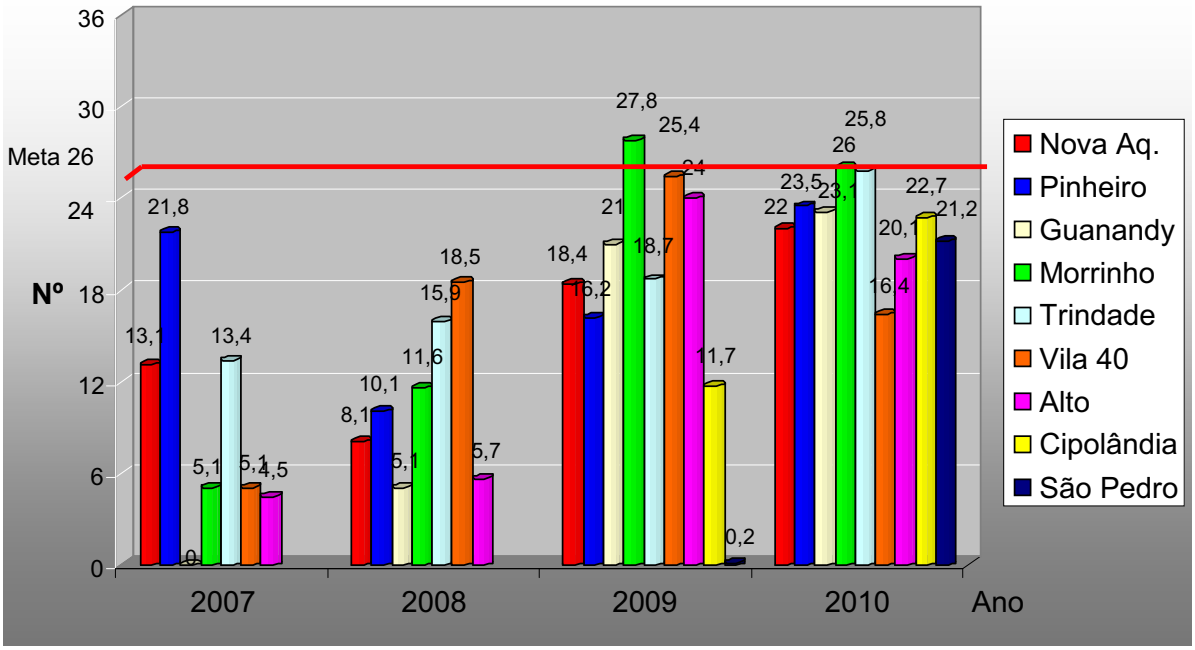


Figura 3 – Média de Tratamentos Completados nas ESF do município de Aquidauana (MS) no período de 2007 a 2010, Araçatuba (SP), 2011.

A figura 3 representa a média de tratamentos completados que tem como meta no mínimo 26 tratamentos mensais completados, mostrando que em 2007 e 2008 nenhum ESF atingiu a meta, e uma atingiu em 2009 e uma em 2010

6.6 DISCUSSÃO

Os resultados apresentados neste artigo buscaram demonstrar dados primários no sentido de sistematizar essa experiência efetivada no que se refere à questão da avaliação, ao longo de quatro anos no município de Aquidauana(MS).

Sendo assim, a proposta procurou resgatar os processos de trabalhos coletivos que devem ser exercidos na Estratégia da Saúde da Família, bem como levantar dados do término do tratamento, visto que a demanda no serviço de saúde bucal é grande e, muitas vezes, o acesso é difícil, contribuindo para a formulação de políticas públicas na área de saúde bucal.

A inserção da saúde bucal na estratégia Saúde da Família representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com os usuários e participe da gestão dos serviços, para responder às demandas da população e ampliar o acesso às ações e aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, utilizando medidas de caráter coletivo e individual, e mediante o estabelecimento de vínculo territorial (BRASIL, 2006).

Conforme ressaltado pelas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, a Estratégia da Saúde da Família apresenta como característica uma enorme capilaridade. Sendo socialmente sensíveis, suas ações colocam frente a frente profissionais e realidade. São espaços pedagógicos em que a prática é o objeto das ações e onde muitas situações falam por si, permitindo às equipes um aprendizado e uma compreensão absolutamente reais e novos, a cada vez que ocorrem. São situações em que o fazer se aproxima da realidade de vida das pessoas, possibilitando um espaço privilegiado para o trabalho com os usuários (BRASIL, 2005).

No entanto, os resultados das informações demonstram que os indicadores estabelecidos como parâmetro pelos Decretos nº 11.684 de 05/06/2004 e nº 12.005 de 22/12/2005, da Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul, não têm sido atingidos por todos os ESFs.

Observa-se que nas visitas domiciliares cujo protocolo coloca que no mínimo 10 visitas domiciliares devem ser realizadas, no entanto até 2010 o município ainda não conseguiu que 50% das Unidades cadastradas atingisse a meta estabelecida, mostrando, assim, a falta de comprometimento da equipe de saúde bucal com a família.

Para que ocorra a melhoria da qualidade de vida da população, resultado desejado por essa nova prática é necessária uma atitude de cor-responsabilidade. Isso é, por um lado os profissionais de saúde são responsáveis pelos moradores do território onde atuam e não apenas por aqueles que buscam os serviços de saúde; por outro, é necessário que os cidadãos assumam a responsabilidade pela defesa de sua própria saúde e a da coletividade (AERTS et al. 2004).

É certo que os serviços de saúde são importantes para a saúde bucal da coletividade. No entanto, a predominância do enfoque assistencial deve ser questionada. Assim, são necessárias mudanças nas formas tradicionais de avaliação do trabalho desenvolvido pelo cirurgião dentista, que utilizam habitualmente indicadores relacionados a aspectos curativos, redirecionando esforços para a avaliação de atividades preventivas e promocionais (AERTS et al. 2004).

Os profissionais têm a responsabilidade de advogar políticas públicas saudáveis e de auxiliar as pessoas a se capacitarem na busca de sua qualidade de vida e da coletividade (SHEIHAM; MOYSES, 2000).

A pesquisa aborda, também, a média de atividades educativas que têm como meta no mínimo uma atividade educativa, e observou que em 2007 e 2008 somente um ESF não atingiu a meta e em 2009 dos nove ESFs dois não atingiram a meta e em 2010 sete não atingiram a medida proposta.

Vale ressaltar que o ESF do Morrinho registrou os procedimentos do programa coletivo como atividade coletiva no ESF, justificando o número alto de palestras no ano de 2007 até outubro de 2009, mostrando que a equipe tem a preocupação em desenvolver as atividades educativas. No entanto, há fortes indícios de que estas atividades ocorrem não por um planejamento da equipe de saúde bucal, mas sim pela outra parte da equipe da saúde da família como cumprimento de metas nos programas de saúde implantados como hipertensão, diabetes, gestante e da criança.

Sendo assim, é necessária a mudança de atitude por parte dos profissionais de saúde bucal quanto à importância da elaboração das práticas educativas, seja através de palestras atividades educativas, teatros para levar o conhecimento e trocas de experiências, pois Freire (1980) destaca a importância da comunicação: em que “a educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados”.

Os dados mostram, também, a média de tratamentos completados que têm como meta no mínimo 26 tratamentos mensais completados, observando que, em 2007 e 2008, nenhum ESF atingiu a meta, em 2009 e 2010 somente um atingiu a meta estabelecida.

Há uma melhoria no perfil da assistência odontológica em serviços públicos no Brasil, porém, a saúde bucal ainda tem se restringido quase que exclusivamente à atenção básica, e mesmo assim, com grande demanda reprimida, pois alguns estudos demonstraram que a utilização de serviços odontológicos reflete as desigualdades sociais.

É necessário que a interface entre os serviços de atenção básica e secundária leve em consideração algumas características como: equidade – pela qual todos os casos, diagnosticados apropriadamente devem ser referenciados a um nível de maior complexidade sem barreiras para esse referenciamento; integralidade – todo tratamento requerido deve estar disponível e acessível, seja no nível básico ou secundário, onde o fluxo entre os níveis é facilmente conseguido; eficiência –, garantindo-se que as referências sejam apropriadas e devidamente oportunas e com mecanismos de triagem adequados. A contra-referência também é assegurada após o tratamento completado, ou até mesmo, ao longo dele (MORRIS; BURKE, 2001).

Outro fator que interfere neste processo é a complexidade dos serviços odontológicos que está diretamente associada ao tipo de procedimento a ser realizado, bem como sua relação com outros fatores, tais como: características dos equipamentos e disponibilidade de profissionais, buscando-se a otimização do atendimento, articulando a ação multiprofissional no diagnóstico e na terapêutica, de forma que implique diferentes conhecimentos e formas de reabilitação oral (BRASIL, 2005).

O modelo Donabediano para avaliação de qualidade de serviços de saúde considera que as condições estruturais, ou seja, aquelas condições que constroem e condicionam o universo de práticas a ser avaliado (recursos financeiros, humanos, físicos, organizacionais, entre outros), podem favorecer os dados relativos aos processos que definem essas práticas e, consequentemente, permitirem a mensuração de seus resultados (FIGUEIREDO; GOES, 2009).

A organização de sistemas e redes de serviços de saúde a partir da atenção primária, preferencialmente por modelos assistenciais piramidais, hierarquizados, de base loco-regionais, com a garantia de efetividade e qualidade de atenção, poderiam contribuir para a redução na demanda por referência para a atenção secundária e terciária (FAULKNER, 2003 apud FIGUEIREDO; GOES, 2009).

Por outro lado, esta reorganização contribuiria apenas para a transformação da demanda espontânea em demanda referenciada, aos serviços de maior complexidade. Haveria, também, uma priorização de investimentos tanto em recursos humanos, estruturais e materiais, como construção de novos equipamentos, na medida em que seria mais fácil perceber onde estariam localizadas as reais necessidades da população. Caso semelhante poderia ser percebido, em se tratando de um modelo de atenção em saúde bucal. Porém, como não há um consenso entre os autores para esta questão, mais estudos no Brasil seriam necessários para comprovação (MORRIS; BURKE, 2001).

No entanto, em face de rápida e ágil captação de informações, o SIA/SUS e do SIAB fornece aos gestores um material imprescindível para a tomada de decisão, objetivo principal dos processos avaliativos de programas e serviços de saúde, sobretudo se associados a outras fontes documentais, sendo usado em estudos sobre a utilização de serviços em saúde bucal (BARROS; CHAVES, 2003; VOLPATO et al.,2006).

6.7 CONCLUSÃO

Conclui-se que a maioria das equipes da saúde da família não atingiram as metas preconizadas, havendo a necessidade de mudança no processo de trabalho com planejamento das atividades, por meio do diagnóstico situacional, com adstrição da população de acordo com sua dinamicidade, e conhecimento da realidade e costumes da população, bem como o vínculo com a comunidade, realizando um conjunto de ações para prevenção, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

6.8 REFERÊNCIAS

AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. **Ciên. e Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.131-138, 2004.

BARROS S.G.; CHAVES S.L.A. Utilização do Sistema de informações Ambulatoriais (SIA-SUS) com instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. **Epidemiol Serv Saúde**, v.12, n.1, p.41-51, 2003.

BRASIL. **Constituição**: República Federativa do Brasil, 1988. Brasília, Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde bucal**. Brasilia: Ministério da Saúde, 2006. 96p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria. **Curso Básico de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria. **Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica / Coordenação de Acompanhamento e **Avaliação da Atenção básica em saúde: Caminhos da Instituzionalização.** Brasilia. Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Proposta **de Estruturação do Departamento de Atenção Básica** (mimeo), 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica / Coordenação de Investigação. **Relatório de Avaliação**: fevereiro de 2000 a maio de 2001. Brasilia. Ministério da Saúde, 2001.

BUSS, P.M. Promoção da saúde: bases teórico-conceituais. In: Buss, P. M; FERREIRA, J.R. **Promoção de saúde e a saúde pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

CARVALHO, C. L; LOUREIRO, C. A. S. A inserção da odontologia na saúde escolar. **Cad. de odontologia**, v.1, n. 1, p. 43 – 57, 1997.

DICKSON, M; ABEGG, C. Desafios e oportunidades para a promoção de saúde bucal. In: BUISCHI, Y.P. (Org). **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica.** São Paulo: Artes Médicas, 2000. p.39-66.

FIGUEIREDO, N; GOES, P.S.A., Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.2, p. 259-267, 2009.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação, uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Moraes, 1980.

HARTZ, Z.M.A. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. **Ciên. e Saúde Coletiva**, v. 7, n.3, p. 419-421, 2002.

JUHAS, R. **Utilização de indicadores para avaliação da estrutura, dos processos internos e dos resultados em assistência à saúde bucal.** Dissertação (Mestrado) – São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 2002.

MEDINA, M.G.; AQUINO, R. Avaliando o Programa de Saúde da família. In: SOUSA, M.F. **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo, Hucitec, 2002. p.135-151.

MORRIS, A.J.; BURKE, F.J.T. Primary and secondarry dental care: the nature of the interface. Br,Dent, J, v.191, n.12, p. 660-664, 2001.

MOYSES, S; WATT, R.Promoção de Saúde Bucal: Definições. In: BUISCHI, Y.P. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Ed. Artes Médicas, 2000. p. 1-21.

PINTO, V.G. **Saúde Bucal** Coletiva. São Paulo-SP: 5.ed. São Paulo: Editora Santos Editora, 2008. 635p.

SHEIHAM, A; MOYSES, S.J. O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção de saúde. In: BUISCHI, Y.P. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica.** São Paulo: Ed. Artes Médicas, 2000. p. 23-26..

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em Saúde. In: HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Salvador: EDUFBA. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 15-39.

VILLALBA, J.P.; MADUREIRA, P.R.; BARROS, N.F. Perfil do profissional cirurgião-dentista para atuação no Sistema Único de Saúde, **Rev. Inst. Cienc. Saúde,** v. 27, n.3, p. 242-268, 2009.

VOLPATO L.E.R.; SCATENA J.H. Análise da política de saúde bucal do Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, a partir do banco de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). **Epidemiol Serv Saúde**, 2006, v. 15, n.2, p. 47-55, 2006.

VUORI, H. A. **Qualidade da Saúde** (originalmente apresentado com o título Estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde – Aspectos Metodológicos). Rio de Janeiro: OPAS, Escola Nacional de Saúde Pública, 1988. p. 17-25

WERNECK, M. A. F. **A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança. Niteroi.** 1994. 186f. Tese (Doutorado em Odontologia Social) - Universidade Federal Fluminense, 1994.

7 CONCLUSÃO GERAL

O sistema de auditoria engloba as três esferas de governo no Brasil, que seguem as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde através do DENASUS e diferem de uma localidade para outra dependendo das características e necessidades de cada região. Cabe ao auditor o uso do equilíbrio nas tomadas decisões bem como julgamento critico e aferir de modo contínuo a adequação dos resultados da atenção à saúde, constituindo assim, como um instrumento administrativo confiável e adequado para os gestores no desenvolvimento de estratégias de saúde.

Houve aumento das justificativas de glosas e da perda de produção no período analisado, sendo a causa mais freqüente de justificativa de glosas a repetição de procedimento no mesmo paciente e no mesmo dente nos procedimentos individuais e a não realização do programa preventivo nas atividades coletivas. Constatou-se também, que a maioria das equipes da saúde da família não atingiram as metas preconizadas.

Desta forma, há necessidade da educação continuada das equipes de saúde, com a formulação de protocolos, preenchimento correto dos registros de dados e planejamento das atividades, bem como a criação de vinculo com a comunidade, realizando um trabalho contínuo que visa à resolubilidade dos serviços.

ANEXOS

Anexo A - Referências Bibliográficas referente a Introdução Geral e Caracterização do Município

AYACH, C. **Avaliação da Assistência Odontológica, oferecida nas Escolas Estaduais "Profª Marly Russo Rodrigues e Profª Dóris Mendes Trindade, no período de 1993/1994, na cidade de Aquidauana, MS em alunos de seis a doze anos de idade** (Monografia). Campo Grande: Escola de Saúde Pùblica Drª Jorge David Nasser, 1995.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populaçao/censo2000/default.shtm. Acesso 20 de out de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Auditoria no SUS: noções básicas** sobre sistemas de informação. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde bucal. Brasilia: Ministério da Saúde, 2006. 96p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual para organização da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

CERCHIARI, G.S.F.; ERDMANN, R. H., Sistema de informações para acompanhamento, controle e auditoria em saúde pública. **Rev. Adm. Pública,** Rio de Janeiro, v. 42, n.s, p. 925-948, set./out. 2008.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado do Meio Ambiente do Planejamento da Ciência e Tecnologia. Disponível em http://www.ms.gov. Acesso 20 de out de 2010.

MOIMAZ, S.A.S; SALIBA, N.A.; SALIBA, O; ALMEIDA, J.C.F. Educação para saúde bucal e prevenção. Avaliação entre cirurgiões-dentistas de serviço público e particular. **RGO**, v.42, n.2, p. 71-74, 1994.

Narvai, P.C. Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica? . In: GARCIA, D.V. (org.). **Novos rumos da saúde bucal: os caminhos a integralidade**. Rio de Janeiro: ABO-RJ, 2005. p. 28-42

PEREIRA, D.Q.; PEREIRA, J.C.M.; ASSIS, M.M.A, A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de

municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v..8, n.2, p. 599-600, 2003.

PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo-SP: 5.ed. São Paulo: Editora Santos Editora, 2008. 635p.

PRETTO, S. M; FRANCO, F. Visitas domiciliares como estratégias de educação em Saúde: Relato de uma experiência. **Ação Coletiva**: v.2, n.3, p. 33-36, jul./set, 1999.

RIVERO, D. A. T. Alma Ata: 25 anos después. SITVA, v.13, n.2, p. 51-54, jul./dic. 2004.

SANT'ANNA NETO, J.L. O caráter transicional do clima e a diversidade da paisagem natural na região de Aquidauana, MS. In: Semana de Estudos geográficos, 2. 1993. **Anais...**Campo Grande: UFMS, 1993. p.117-128.

Anexo B - Normas da Revista Saúde e Sociedade do Capítulo 1

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ISSN 0104-1290 ***versão impressa***
ISSN 1984-0470 ***versão on-line***

- Escopo e política
- Forma e preparação de manuscritos
- Envio de manuscritos

Escopo e política

Política editorial: Veicular produção científica de instituições de ensino e pesquisa que desenvolvem pesquisa interdisciplinar e contam com o concurso de diferentes áreas do saber (ciências exatas, biológicas e sociais) e socializar novas formas de abordar o objeto. Igualmente, veicular produção de pesquisadores e de técnicos de diversos órgãos, tais como secretarias estaduais e municipais de saúde, que divulgam resultados de seus trabalhos de pesquisa, avaliação de programas, etc., com contribuições importantes e que não devem ficar restritas a relatórios de circulação interna, contribuindo para o avanço do debate e da troca de idéias sobre temas desafiantes, cujas raízes encontram-se na própria natureza multidisciplinar da área.

Áreas de interesse: Desde sua criação, **Saúde e Sociedade** tem publicado trabalhos de diferentes áreas do saber que se relacionam ou tenham como objeto de preocupação a saúde pública/coletiva. Nesse sentido, abarca a produção de diferentes ramos das ciências humanas e sociais e da emergente ciência ambiental, incorporando a produção científica, teórica e aquela mais especificamente relacionada às propostas de intervenção e prática institucional.

Tipos de artigos: Publica matéria inédita de natureza reflexiva, de pesquisa e atualização do conhecimento, sob a forma de:

a) artigos de pesquisas originais;

b) análise de grandes temas de interesse da área;

c) ensaios de natureza teórica, metodológica ou técnica, que estimulem a polêmica ou o tratamento de temas específicos sob diferentes enfoques;

d) artigos de atualização de literatura;

e) relatos de experiências nas áreas de pesquisa, do ensino e da prestação de serviços de saúde;

f) comunicações de estudos, pesquisas ou experiências práticas em andamento, assim como resultados preliminares;

g) cartas à redação com comentários sobre idéias expressas em matéria já publicada pela revista, tendo em vista fomentar uma reflexão crítica acerca de temas da área;

h) comentários curtos, notícias ou críticas de livros publicados e de interesse para a área;

i) entrevistas / depoimentos de personalidades ou especialistas da área visando, quer a reconstrução da história da saúde pública/coletiva, quer a atualização em temas de interesse; e

j) anais dos congressos paulistas de saúde pública promovidos pela APSP, bem como de outros eventos científicos pertinentes à linha editorial da Revista.

A Revista veicula contribuições espontâneas que se enquadrem na política editorial da Revista bem como matéria encomendada a especialistas.

São particularmente valorizados artigos que façam interface da saúde com a área de humanas.

Procedimentos de avaliação por pares: O Conselho Editorial (CE) conta com a colaboração de pareceristas que são os co-participantes do processo de julgamento dos manuscritos submetidos. Os pareceristas são indicados *ad-hoc*, pelo CE, dentre os especialistas de confirmada competência técnica e científica, com a função de colaborar na apreciação dos manuscritos submetidos à publicação. Estes dispõem de autoridade para decidir sobre a conveniência de sua aceitação, podendo apresentar sugestões de modificações aos autores. Cada trabalho é apreciado por no mínimo dois relatores, cujos

nomes são mantidos em sigilo, omitindo-se, também, o(s) nome(s) dos autores perante os relatores.

Público: Profissionais do campo da saúde em geral, docentes, pesquisadores e especialistas de saúde pública/coletiva e de áreas afins.

Forma e preparação de manuscritos

Formato

Papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12. Número máximo de páginas: 20 (incluindo ilustrações e referências bibliográficas).

Estrutura

Título: Conciso e informativo. Na língua original e em inglês. Incluir como nota de rodapé a fonte de financiamento da pesquisa.

Nome e endereço do(s) autor(es): todos devem informar maior grau acadêmico; cargo; afiliação institucional; endereço completo incluindo rua, cidade, CEP, estado, país, e-mail.

Resumos: Devem refletir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com no mínimo 150 palavras e no máximo 250, incluindo objetivos, procedimentos metodológicos e resultados. Devem preceder o texto e estar na língua do texto e em inglês (abstract).

Palavras-chave: De 3 a 6, na língua do texto e em inglês, apresentados após o resumo. Consulte o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e/ou o Sociological Abstracts.

Gráficos e tabelas: Os gráficos e tabelas devem ser apresentados em seus programas originais (por exemplo, em Excel: arquivo.xls), devidamente identificados, em escala de cinza.

Imagens: As imagens (figuras e fotografias) devem ser fornecidas em alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, com no mínimo 8 cm de largura.

Citações no texto: Devem ser feitas pelo sobrenome do autor (letra minúscula), ano de publicação e número de página quando a citação for literal, correspondendo às respectivas referências bibliográficas. Quando houver mais de

dois autores, deve ser citado o primeiro, seguido de “e col”.

Referências

Os autores são responsáveis pela exatidão das referências bibliográficas citadas no texto. As referências deverão seguir as normas da ABNT NBR 6023, serem apresentadas ao final do trabalho e ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome do primeiro autor. A seguir alguns exemplos (mais detalhes no site da revista):

• Livro

MINAYO, M. C. de S.; e DESLANDES, S. F. (Org). Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

• Capítulo de Livro

GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P. Crianças, adolescentes e jovens do Brasil no fim do século XX. In: WESTPHAL, M. F. Violência e criança. São Paulo: EDUSP, 2002. p. 45-72.

• Artigo de Periódico

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. A prescrição de medicamentos sob a ótica do paciente idoso. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.35, n.2, p. 207-213, abr. 2001.

• Tese

LIMA, R. T. Condições de nascimento e desigualdade social. São Paulo, 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2001.

• Documentos Eletrônicos

SALES, A. C. C. L. Conversando sobre educação sexual. Disponível em: <http://www.violenciasexual.org/textos/pdf/conversando_ed_sexual_ana_carla.pdf> Acesso em: 13 jan. 2003.

Envio de manuscritos

Os manuscritos são submetidos online, através da

plataforma Scielo: http://submission.scielo.br/index.php/sausoc/login

Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons

Av. dr. Arnaldo, 715
Prédio da Biblioteca, 2º andar sala 2
01246-904 São Paulo - SP - Brasil
Tel./Fax: +55 11 3061-7880

saudesoc@usp.br

Anexo C Quadro 1 – Número percentual Total das justificativas de Glosas dos procedimentos no Município de Aquidauana (MS) de 2001 a 2010.

Nº	Justificativa de glosas	2001	%	2002	%	2003	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%	2010	%	Total	%
1	Não realizou o programa coletivo	0	0,0%	7000	93,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	7000	30,0%
2	Repetição de procedimento no mesmo paciente, no mesmo dente	308	21,2%	272	3,6%	240	42,5%	280	45,9%	355	40,5%	286	22,3%	1508	47,6%	2080	27,9%	5601	24,0%
3	Erro de digitação	1	0,1%	2	0,0%	10	2,6%	12	2,0%	169	19,3%	120	9,3%	29	0,9%	1410	18,9%	1764	7,6%
4	Profissional não cadastrado na Unidade	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	38	3,0%	94	3,0%	1567	21,0%	1699	7,3%
5	Erro de código	51	3,5%	77	1,0%	76	31,7%	186	30,5%	226	25,8%	279	21,7%	230	7,3%	370	5,0%	1670	7,2%
6	Duplicidade de código no mesmo paciente	17	1,2%	65	0,9%	6	7,6%	3	0,5%	10	1,1%	107	8,3%	569	18,0%	547	7,3%	1359	5,8%
7	Cadastro errado, acima do teto previsto	1011	69,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1011	4,3%
8	Não tem o procedimento realizado	0	0,0%	1	0,0%	5	0,3%	3	0,5%	47	5,4%	203	15,8%	394	12,4%	297	4,0%	951	4,1%
9	Não comprovou o procedimento	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	0,2%	756	10,1%	761	3,3%
10	Idade não corresponde ao procedimento	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	0,5%	0	0,0%	121	9,4%	153	4,8%	126	1,7%	415	1,8%
11	Não tem o nome do paciente	4	0,3%	5	0,1%	0	0,0%	2	0,3%	0	0,0%	23	1,8%	5	0,2%	161	2,2%	200	0,9%
12	Não tem o número do dente	33	2,3%	27	0,4%	20	8,2%	15	2,5%	13	1,5%	28	2,2%	22	0,7%	11	0,1%	199	0,9%
13	Erro de CBO	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	51	4,0%	102	3,2%	8	0,1%	161	0,7%
14	Radiografia com endodontia	0	0,0%	0	0,0%	0	0,6%	93	15,2%	51	5,8%	0	0,0%	0	0,0%	7	0,1%	154	0,7%
15	Não preencheu o odontograma	0	0,0%	0	0,0%	9	0,6%	0	0,0%	2	0,2%	0	0,0%	0	0,0%	76	1,0%	89	0,4%
16	Não tem o cadastro do código na FPO	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,1%	38	0,5%	41	0,2%
17	Erro de face	0	0,0%	9	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%	0	0,0%	35	1,1%	0	0,0%	45	0,2%
18	Não tem a face do dente	8	0,6%	3	0,0%	0	3,8%	0	0,0%	3	0,3%	24	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	51	0,2%
19	Procedimento cobrado em outra Unidade	0	0,0%	0	0,0%	36	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	36	0,2%
20	Primeira consulta no final do tratamento	0	0,0%	0	0,0%	4	2,1%	13	2,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	30	0,1%
21	Procedimento errado, não tem o material na Unidade/realizado sem radiografia	19	1,3%	1	0,0%	7	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	27	0,1%
22	Realizado exodontia num dia e restaurado no outro	0	0,0%	2	0,0%	2	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	0,3%	17	0,5%	0	0,0%	25	0,1%
23	Hemoragia antes da exodontia	0	0,0%	0	0,0%	6	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	0,0%
24	Não confere nº de próteses instaladas com confeccionadas	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	0,1%	4	0,0%
25	Procedimento realizado pelo próprio profissional	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	0,0%	3	0,0%
26	Procedimento sem o cartão SUS	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,0%	2	0,0%
	Total	1452	100,0 %	7464	100,0 %	422	100,0 %	610	100,0 %	877	100,0 %	1284	100,0 %	3165	100,0 %	7464	100,0 %	23304	100,0 %

Fonte: Relatórios de justificativas de glosas do Sistema Municipal de Auditoria de Aquidauana,MS

Anexo D Quadro 2 – Número percentual de justificativas de Glosas dos procedimentos individuais no Município de Aquidauana (MS) de 2001 a 2010.

Nº	Justificativa de glosas	2001	%	2002	%	2003	%	2004	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%	2010	%	Total	%
1	Repetição de procedimento no mesmo paciente, no mesmo dente	308	68,3 %	272	58,6 %	240	57,6 %	127	56,7 %	280	45,9 %	352	40,3 %	283	22,2 %	1501	47,7 %	2062	38,6 %	5570	42,4 %
2	Erro de digitação	1	0,2%	2	0,4%	10	2,4%	2	0,9%	12	2,0%	169	19,4 %	120	9,4%	25	0,8%	1383	25,9 %	1732	13,2 %
3	Erro de código	50	11,1 %	77	16,6 %	71	17,0 %	66	29,5 %	186	30,5 %	226	25,9 %	279	21,9 %	230	7,3%	368	6,9%	1660	12,6 %
4	Duplicidade de código no mesmo paciente	17	3,8%	65	14,0 %	6	1,4%	9	4,0%	3	0,5%	10	1,1%	107	8,4%	567	18,0 %	547	10,2 %	1357	10,3 %
5	Não tem o procedimento realizado	0	0,0%	1	0,2%	5	1,2%	0	0,0%	3	0,5%	46	5,3%	203	15,9 %	394	12,5 %	297	5,6%	950	7,2%
6	Idade não corresponde ao procedimento	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	12	5,4%	3	0,5%	0	0,0%	121	9,5%	153	4,9%	126	2,4%	415	3,2%
7	Profissional não cadastrado na Unidade	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	33	2,6%	93	3,0%	256	4,8%	382	2,9%
8	Não tem o número do dente	33	7,3%	27	5,8%	20	4,8%	2	0,9%	15	2,5%	13	1,5%	28	2,2%	22	0,7%	11	0,2%	199	1,5%
9	Não tem o nome do paciente	4	0,9%	5	1,1%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,3%	0	0,0%	23	1,8%	5	0,2%	159	3,0%	198	1,5%
10	Erro de CBO	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	51	4,0%	100	3,2%	8	0,1%	159	1,2%
11	Radiografia com endodontia	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,4%	93	15,2 %	51	5,8%	0	0,0%	0	0,0%	7	0,1%	154	1,2%
12	Não preencheu o odontograma	0	0,0%	0	0,0%	9	2,2%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,2%	0	0,0%	0	0,0%	76	1,4%	89	0,7%
13	Não tem a face do dente	8	1,8%	3	0,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	0,3%	24	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	51	0,4%
14	Erro de face	0	0,0%	9	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	35	1,1%	0	0,0%	44	0,3%
15	Não tem o cadastro do código na FPO	0	0,0%	0	0,0%	1	0,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,1%	38	0,7%	41	0,3%
16	Procedimento cobrado em outra Unidade	0	0,0%	0	0,0%	36	8,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	36	0,3%
17	Primeira consulta no final do tratamento	0	0,0%	0	0,0%	4	1,0%	5	2,2%	13	2,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	30	0,2%
18	Procedimento errado, não tem o material na Unidade/realizado sem radiografia	19	4,2%	1	0,2%	7	1,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	27	0,2%
19	Realizado exodontia num dia e restaurado no outro	0	0,0%	2	0,4%	2	0,5%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%	4	0,3%	17	0,5%	0	0,0%	26	0,2%
20	Cadastro errado, acima do teto previsto	11	2,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	11	0,1%
21	Hemoragia antes da exodontia	0	0,0%	0	0,0%	6	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	0,0%
22	Não confere nº de próteses instaladas com confeccionadas	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	0,1%	4	0,0%
23	Procedimento realizado pelo próprio profissional	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	0,1%	3	0,0%
24	Procedimento sem o cartão SUS	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,0%	2	0,0%
	Total	451	100%	464	100%	417	100%	224	100%	610	100%	873	100%	1276	100%	3144	100%	5348	100%	13146	100%

Fonte: Relatórios de justificativas de glosas do Sistema Municipal de Auditoria de Aquidauana,MS

Anexo E Quadro 3– Número percentual de justificativas de Glosas dos procedimentos coletivos no Município de Aquidauana (MS) de 2001 a 2010.

Nº	Justificativa de glosas	2001	%	2002	%	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%	2010	%	Total	%
1	Não realizou o programa coletivo	0	0,0%	7000	100,0 %	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	7000	68,9%
2	Profissional não cadastrado na Unidade	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	62,5%	1	4,8%	1311	62,0%	1317	13,0%
3	Cadastro errado, acima do teto previsto	1000	99,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1000	9,8%
4	Não comprovou o procedimento	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	23,8%	756	35,7%	761	7,5%
5	Erro de digitação	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	19,0%	27	1,3%	32	0,3%
6	Repetição de procedimento no mesmo paciente, no mesmo dente	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	75,0%	3	37,5%	7	33,3%	18	0,9%	31	0,3%
7	Erro de código	1	0,1%	0	0,0%	5	100,0%	1	100,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,1%	10	0,1%
8	Duplicidade de código no mesmo paciente	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	9,5%	0	0,0%	2	0,0%
9	Não tem o nome do paciente	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,1%	2	0,0%
10	Erro de CBO	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	9,5%	0	0,0%	2	0,0%
11	Não tem o procedimento realizado	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	25,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
	Total	1001	100%	7000	100%	5	100%	1	100%	2	100%	0	100%	4	100%	8	100%	21	100%	2116	100,0%	10158	100,0%

Fonte: Relatórios de justificativas de glosas do Sistema Municipal de Auditoria de Aquidauana, MS.

Anexo F - DECRETO Nº 12.005, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2005.

Altera a redação do incisos I e IV do art. 6º do Decreto nº 11.684, de 8 de setembro de 2004, que dispõe sobre incentivo financeiro estadual para o Programa de Saúde da Família.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL, no uso da atribuição que lhe confere o inciso VII do art. 89 da Constituição Estadual, e tendo em vista o disposto no Decreto nº 10.500, de 28 de fevereiro de 2001,

D E C R E T A:

Art. 1º Os incisos I e IV do art. 6º do Decreto nº 11.684, de 8 de setembro de 2004, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art.6º .....

I - número mínimo de visitas domiciliares:

a) 150 visitas/ agente comunitário;
b) 20 visitas/ auxiliar de enfermagem/mês;
c) 20 visitas/ enfermeiro/ mês;
d) 20 visitas/ médico/mês;
e) 10 visitas/ dentista/mês;
.....

IV – Saúde Bucal, mínimo de:

a) 26 tratamentos completos/mês por equipe;
b) 1 atividade educativa com a equipe.”(NR)

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Campo Grande, 22 de dezembro de 2005.

JOSÉ ORCÍRIO MIRANDA DOS SANTOS
Governador

MATIAS GONSALES SOARES
Secretário de Estado de Saúde

DECRETO Nº 11.684 8 DE SETEMBRO DE 2004.

Dispõe sobre a composição das Equipes do Programa de Saúde da Família e altera os valores de incentivo financeiro estadual para o Programa de Saúde da Família.

O GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL, no uso da sua atribuição que lhe confere o inciso VII do art. 89 da Constituição Estadual, e tendo em vista o disposto no Decreto nº 10.500, de 28 de fevereiro de 2001,

DECRETA:

Art. 1º Para liberação dos incentivos financeiros estaduais, as equipes do Programa de Saúde da Família serão obrigatoriamente constituídas de, no mínimo, os seguintes profissionais:

I- Médico;
II- Enfermeiro;
III- Auxiliar de Enfermagem;
IV- Agente Comunitário de Saúde;
V- Cirurgião Dentista;
VI- Atendente de Consultório Dentário, modalidade I e ou Técnico de Higiene Dental, modalidade II.

Art. 2º A Equipe de Saúde da Família implantada antes da data da publicação deste Decreto, que não possua a composição mínima ora exigida, terá o prazo de doze meses, prorrogável por seis meses, para se adaptar às exigências do artigo anterior.

Parágrafo único. O incentivo financeiro de que trata este Decreto será suspenso, caso a Equipe de Saúde, sem justificativa, deixe de cumprir a exigência prevista no caput.

Artº 3º As equipes já existentes e as ora habilitadas que possuem composição de acordo com as exigências deste Decreto, receberão incentivos nos valores fixados no art. 4º.
Art. 4º Para o desenvolvimento das Ações do Programa de Saúde da Família serão repassados os valores a titulo de incentivo financeiro anual, conforme abaixo demonstrado:

R$ % COBERTURA POPULACIONAL ANUAL/MOD I ANUAL/MOD II
0 a 29,9% 27.000,00 30.000,00
30 a 49,9% 29.400,00 32.400,00
50 a 69,9% 31.800,00 34.800,00
70 e mais 34.200,00 37.200,00

Art. 5º Para as equipes já existentes e as habilitadas que não possuam Cirurgião Dentista, Atendente de Consultório Dentário e ou Técnico de Higiene Dental, serão repassados os valores a titulo de incentivo financeiro anual, conforme abaixo demonstrado:

R$ % COBERTURA POPULACIONAL ANUAL/EQUIPE
0 a 29,9% 16.800,00
30 a 49,9% 19.200,00
50 a 69,9% 21.600,00
70 e mais 24.000,00

Art. 6º Os valores de incentivo financeiro anual a serem concedidos por equipe terão acréscimo de 17% (dezessete por cento) se o Município comprovar o cumprimento dos indicadores do Programa Saúde da Família conforme indicação abaixo:
I- Número de visitas domiciliares:
Mínimo: 150 visitas/agente comunitário;
40 visitas/auxiliar de enfermagem/mês;
60 visitas/enfermeiro/mês;
30 visitas/médico/mês;
30 visitas/dentista/mês.
II- Número de pessoas cadastradas e acompanhadas por Diabetes, Hipertensão, Hanseníase e Tuberculose:

Nº de pessoas acompanhadas com Diabetes X 100
Nº de pessoas cadastradas com Diabetes

Nº de pessoas acompanhadas com Hipertensão X 100
Nº de pessoas cadastradas com Hipertensão

Nº de pessoas acompanhadas com Hanseníase X 100
Nº de pessoas cadastradas com Hanseníase

Nº de pessoas acompanhadas com Tuberculose X 100
Nº de pessoas cadastradas com Tuberculose

III- Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por Diarréia:

Nº de óbitos de crianças menores de um ano de idade por causa de Diarréia
Nº de óbitos de crianças menores de um ano de idade no mesmo local e período

IV- Saúde Bucal:

a) mínimo de 40 tratamentos completos/mês por equipe e
b) mínimo de 1 (uma) atividade educativa com a equipe

Art. 7º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.
Art. 8º revogam-se os Decretos nº 11.404, de 19 de Setembro de 2003 e nº 11.509, de 19 de dezembro de 2003.

Campo Grande, 8 de setembro de 2004.

JOSÉ ORCÍRIO MIRANDA DOS SANTOS
Governador
JOÃO PAULO BARCELLOS ESTEVES
Secretário de Estado de Saúde

Anexo G – Manual de Instrução da Ficha D

O cabeçalho é composto por dados gerais que serão procedidos conforme instrução que segue:

1. Secretaria Municipal de Saúde Publica de _____(Nome do Município) seguido do código do IBGE conforme Anexo I.

2. Profissional: Nome completo que atua na ESF ou na U.B.S ou no Programa Coletivo (Caso este feito por profissional isoladamente).

3. Mês / Ano: correspondente.

4. Distrito: Este campo só será preenchido, caso o município seja assim dividido.

5. Unidade: Nome e código da UBS (segundo cadastro SAI/SUS).

6. Equipe: n° ou nome da Equipe, caso seja ESF.

Caso seja UBS colocar neste campo o turno de atendimento (Matutino, Vespertino, Noturno e Intermediário).

7. Área: Código da área definida pelo município.

8. Segmento: Código do segmento territorial – definido pelo município.

Exame Epidemiológico (Ação Coletiva de Exame Bucal c/ Finalidade Epidemiológica) (01.01.02.004-0)
Compreende a avaliação de estruturas da cavidade bucal, com finalidade de diagnóstico segundo critérios epidemiológicos, em estudos de prevalência, incidência e outros, com o objetivo de elaborar perfil epidemiológico e, ou avaliar o impacto das atividades desenvolvidas, subsidiando o planejamento das ações para os respectivos grupos populacionais e a comunidade. Ação registrada por pessoa examinada, apenas no mês em que é realizada. Este procedimento só poderá ser executado pelo CD em usuários de 0 à 65 anos ou mais.
Escovação Supervisionada (Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada) (01.01.02.003-1)
Escovação dental com ou sem evidenciação de placas bacterianas. Realizada com grupos populacionais sob orientação e supervisão de um ou mais profissionais de saúde. Ação registrada por usuário/mês, independente da freqüência com que é realizada (diária, semanal, quinzenal, mensal, ou duas, três ou quatro vezes por ano) ou da freqüência com que o usuário participou.

Terapia intensiva com flúor (Ação Coletiva de Aplicação Tópica de Flúor Gel) (01.01.02.001-5)
Aplicação tópica de flúor em gel com concentração de 1,23, realizada sistematicamente por grupos populacionais sob orientação e supervisão de um ou mais profissionais de saúde, utilizando-se escova dental, moldeira, pincelamento ou outras formas de aplicação. Ação registrada por pessoa/mês.

Bochecho com flúor (Ação Coletiva de Bochecho Fluorado) (01.01.02.002-3)
Bochecho de solução fluoretada, realizado sistematicamente por grupos populacionais sob orientação e supervisão de um ou mais profissionais de saúde, podendo ter periodicidade semanal, caso a solução de fluoreto de sódio tenha a concentração de 0,2% ou diariamente, caso a concentração seja de 0,05%.
Ação registrada por usuário participante por mês, independente da freqüência com que é realizada (diária ou semanal) ou da freqüência com que o usuário participou da ação.

Atividade educativa/orientação em grupo na Atenção Básica (01.01.01.001-0)
Consiste nas atividades educativas, em grupo, sobre ações de promoção e prevenção à saúde, desenvolvidas na unidade ou na comunidade.
Recomenda-se o mínimo de 10 (dez) participantes com duração mínima de 30 (trinta) minutos. Deve-se registrar o **n° de atividades realizadas/mês.**

Visita domiciliar (01.01.03.001-0)
Atividade profissional externa solicitada e supervisionada por profissional enfermeiro segundo objetivos pré-estabelecidos, já incluídas ações executadas, tais como: cadastramento familiar, identificação, encaminhamento e acompanhamento da população alvo para o atendimento nas unidades de saúde.

Reunião com a Equipe:
Procedimento executado nas Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal, consiste na reunião do Cirurgião Dentista (CD) com os demais membros da ESF.

Primeira consulta programática (03.01.01.015-3). Avaliação das condições gerais de saúde e realização de exame clínico odontológico com finalidade diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico. Implica registro das informações em prontuário. Recomenda-se 01 (uma) consulta/ano por pessoa.

Tratamento completado: É o procedimento final na Assistência em Atenção Básica. Caso o paciente seja encaminhado para outra complexidade de

atendimento, é considerado o TC para Atenção Básica. Após o retorno, cadastrar apenas o procedimento.

Aplicação Tópica de Flúor por sessão (01.01.02.007-4). Aplicação tópica de flúor na forma de gel com concentração de 1,23 ou na forma de verniz, podendo usar pincéis, escova dental, moldeira e outras formas de aplicações, com a finalidade de prevenir e/ou remineralizar os dentes com ou sem lesões. O número de sessões deve ser definido segundo padrões técnico científico de abordagem do caso e do acompanhamento do profissional aos programas locais.

Aplicação de Selante por dente (01.01.02.006-6). Aplicação de material selador por dentes em pontos, sulcos e fissuras, realizada com finalidade preventiva das lesões de cárie.

Aplicação de Cariostático por dente: (01.01.02.005-8). Atividade com finalidade terapêutica e controle de um ou mais dentes com lesões de cárie.

Evidenciação de Placa Bacteriana (Controle de Placa) (01.01.02.008-2). Utilização de substâncias corantes com finalidade de evidenciar a placa bacteriana.

Raspagem Alisamento e Polimento Supragengivais (por sextante). (03.07.03.001-6). Procedimento que engloba a remoção de indutos, placa bacteriana e cálculo dental supragengivais através da raspagem, alisamento e polimento de superfície corono-radicular a cada seis elementos dentários.

Raspagem Alisamento Subgengivais (por sextante). (03.07.03.002-4) Procedimento que engloba a remoção de placa bacteriana e cálculo dental subgengivais através da raspagem e alisamento da superfície radicular a cada seis elementos dentários.

Selamento provisório de cavidade dentária (01.01.02.009-0). Fechamento de cavidade com ou sem preparo cavitário para fins de restauração, com o objetivo de redução da septicemia bucal ou de terapia expectante como etapa intermediária até que a restauração definitiva seja executada. Inclui-se nesta denominação os procedimentos conhecidos como adequação do meio bucal, controle da infecção intra bucal, controle epidemiológico da cárie e a restauração provisória, dentre outras.

Restauração de dente permanente anterior (03.07.01.003-1). Tratamento dentário com o uso de instrumentos manuais e/ou rotatórios para qualquer tipo de cavidade dentária, com emprego de material restaurador por dente que pode ser resina, ionômero de vidro, com a utilização ou não de pino rosqueável.

Restauração de dente permanente posterior (03.07.01.004-0). Tratamento dentário com o uso de instrumentos manuais e/ou rotatórios para qualquer tipo de cavidade dentária, com emprego de material restaurador por dente que pode ser amálgama de prata, resina, ionômero de vidro, com a utilização ou não de pino rosqueável.

Restauração de dente decíduo (03.07.01.002-3). Tratamento dentário com o uso de instrumentos manuais e/ou rotatórios para qualquer tipo de cavidade dentária, com emprego de material restaurador por dente que pode ser resina, ionômero de vidro.

Capeamento pulpar (03.07.01.001-5). Capeamento pulpar direto ou indireto em dentes decíduos ou permanentes (por dente).

Pulpotomia dentária (03.07.02.007-0). Tratamento da polpa coronária, mantendo a vitalidade e funcionalidade da polpa radicular de dentes decíduos e permanentes.

Acesso à polpa dentária e medicação (por dente) (03.07.02.001-0). Remoção da polpa dentária da câmara pulpar com extirpação da polpa radicular e medicação.

Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico (03.07.02.002-9). Este procedimento é utilizado quando não consegue obturar o dente em uma única sessão, nas sessões de desobturação dos canais radiculares para retratamento endodôntico, tratamento de dentes com rizôgenese incompleta, de dentes permanentes e decíduos.

Exodontia dente decíduo (04.14.02.012-0). Remoção cirúrgica de dentes decíduos erupcionados completamente na cavidade oral ou restos radiculares com sutura quando indicado.

Exodontia dente permanente (04.14.02.013-8). Remoção cirúrgica de dentes permanentes erupcionaods completamente na cavidade oral ou restos radiculares, com sutura quando necessário.

Remoção de foco residual (04.14.02.028-6). Remoção cirúrgica de foco de infecção residual, como raízes residuais, seqüestro ósseos ou corpo estranho dos maxilares.

Remoção de dente retido (incluso/impactado) (04.14.02.027-8). Procedimento cirúrgico de remoção de dentes que permaneceram retidos em nível ósseo,

mucoso ou impactado em dentes vizinhos, mesmo após o seu período normal de erupção.

Tratamento de alveolite (04.14.02.038-3). Consiste na irrigação e curetagem com aplicação de curativo medicamentoso em alvéolos dentários com cicatrização tardia.

Tratamento cirúrgico de hemorragia buço-dental (04.14.02.035-9). Consiste na realização de curetagem, compressão local e sutura para conter a hemorragia, podendo complementar com prescrição medicamentosa e solicitação de exames laboratoriais hematológicos.

Atendimento de urgência em Atenção Básica (03.01.06.003-7). Atendimento prestado a pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas, de baixa complexidade, que são acolhidos nas unidades de saúde, sem agendamento prévio, onde recebem atendimento e tem sua necessidade assistencial atendida.

Ulotomia/Ulectomia (04.14.02.040-5). Incisão ou remoção de tecido gengival fibroso que esteja dificultando o irrompimento dentário.
Frenectomia (04.01.01.008-2). Procedimento cirúrgico que envolve a incisão de freios linguais e/ou labiais mais a sutura onde o mesmo não encontra-se anatomicamente adequado.

Alveolotomia/Alveolectomia (por arco dentário) (04.14.02.001-4). Correção cirúrgica de espículas ósseas que dificultam a reabilitação protética do paciente desdentado ou que esteja causando dor ao paciente**.**

Gengivectomia (por sextante) (04.14.02.015-4). Correção cirúrgica da posição da gengiva dentária, com a reparação do espaço biológico com ou sem raspagem corono-radicular.

Gengivoplastia (por sextante) (04.14.02.016-2). Correção cirúrgica de excesso de tecido gengival (hiperplasia gengival) de origem idiopática ou medicamentosa com ou sem raspagem corono-radicular.

Glossorrafia (04.14.02.017-0). Consiste na realização de suturas de ferimentos da língua.

Moldagem dento-gengival p/ construção de prótese dentária (03.07.04.007-0). Procedimentos de planejamento, preparos dentários e moldagem.

Instalação e Adaptação de prótese dentária (03.07.04.003-8). Procedimento de instalação, adaptação e acompanhamento inicial do aparelho protético.

Reembasamento e Conserto de prótese dentária (03.07.04.008-9). Reembasamento e conserto de prótese dentária tanto em laboratório quanto em clínica.

Radiografia periapical, interproximal (02.04.01.018-7). Radiografia interproximal – Exame realizado em filme 3cm x 4cm, onde registram-se imagens de coroas, terço cervical das raízes e cristas ósseas alveolares dos elementos dentários. Dentre suas indicações destacam-se o diagnóstico de lesões cariosas e avaliação das cristas ósseas. Periapical – Exame realizado em filme 3cm x 4cm, onde registram-se imagem dos dentes e de seus tecidos de suporte. Para uma adequada visualização utilizam-se técnicas como o método da bissetriz, do paralelismo e outras especiais.

Incisão e drenagem de abscesso da boca e anexos (04.04.02.005-4). Atividade que engloba procedimentos necessários para drenagem de secreções de lesões de origem dental ou periodontal, quantificada por indivíduo.

Total de procedimentos individuais: é o número total de procedimentos básicos individuais, com exceção das Ações Coletivas (criadas pela Portaria nº. 95, de 14 de fevereiro de 2006) e da 1ª Consulta Odontológica Programática.

Encaminhamento para atendimento especializado: número total de encaminhamentos nas especialidades de Periodontia, Endodontia, Pacientes com Necessidades Especiais, Cirurgia mais Complexa, Semiologia e Prótes

FICHA DIÁRIA	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DE (NOME DO MUNICÍPIO)				MÊS/ANO:
	MUNICÍPIO: XXXXXXXXXX (CÓD. IBGE)				
	PROFISSIONAL:				
	DISTRITO: nome do distrito sanitário, caso o município seja assim dividido	UNIDADE: nome e cód. da unidade de saúde, segundo o cadastro do	EQUIPE: Nº da equipe	ÁREA: cód. da área, definido pelo município	SEGMENTO: cód. do segmento territorial, definido pelo município

PROCEDIMENTOS COLETIVOS

	GRUPO	TOTAL
Exame epidemiológico	0-5 anos	
	6-14 anos	
	15-29 anos	
	30-59 anos	
	mais de 60	
	Gestante	

	GRUPO	TOTAL
Escovação supervisionada	0-5 anos	
	6-14 anos	
	15-29 anos	
	30-59 anos	
	mais de 60	
	Gestante	

	GRUPO	TOTAL
Terapia intensiva c/ flúor	0-5 anos	
	6-14 anos	
	15-29 anos	
	30-59 anos	
	mais de 60	
	Gestante	

	GRUPO	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5	Nº PARTICIPANTES
Bochecho c/ flúor	6-16 anos						
	15-29 anos						
	30-59 anos						
	mais de 60						
	Gestante						

	DIAS										TOTAL
Atividade educativa / orientação em grupo na atenção básica	0-5 anos										
	6-14 anos										
	15-29 anos										
	30-59 anos										
	mais de 60										
	Gestante										

Procedimento	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	TOTAL
Visita domiciliar																																
Reunião c/ a equipe																																

PROCEDIMENTOS INDIVIDUAIS

Procedimento	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	TOTAL
Primeira consulta programática																																
Tratamento completado (TC)																																
ATF por sessão																																
Aplicação de selante por dente																																
Cariostático por dente																																
Evidenciação de placa (controle de placa)																																
Raspagem alisamento e polimento supragengivais																																
Raspagem alisamento subgengivais																																
Selamento provisório de cavidade dentária																																
Restauração dente permanente anterior																																
Restauração dente permanente posterior																																
Restauração dente decíduo																																
Capeamento pulpar																																
Pulpotomia dentária																																
Acesso à polpa dentária e medicação																																

Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico (endo)																																	
Exodontia decíduo																																	
Exodontia permanente																																	
Remoção de foco residual																																	
Remoção de dente retido (incluso/impactado)																																	
Tratamento de alveolite																																	
Tratamento cirúrgico de hemorragia buco-dental																																	
Atendimento de urgência em atenção básica																																	
Ulotomia/Ulectomia																																	
Frenectomia																																	
Alveolotomia / Alveolectomia																																	
Gengivectomia																																	
Gengivoplastia																																	
Glossorrafia																																	
Moldagem dento-gengival p/ construção de prótese																																	
Instalação e adaptação de prótese																																	
Reembasamento e conserto de prótese																																	
Radiografia periapical, interproximal																																	
Drenagem de abcesso da boca e anexos																																	
Total Procedimentos Individuais																																	

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO ESPECIALIZADO

Periodontia																																	
Endodontia																																	
Pacientes com necessidades especiais																																	
Cirurgia + complexa																																	
Semiologia																																	
Prótese																																	

COMENTÁRIOS:

Assinatura e carimbo do profissional responsável

Assinatura e carimbo do Chefe da Divisão de Saúde