

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE - RS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE  
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE - EaD**

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE UM CENTRO DE  
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS NO  
MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DE PAULA/RS**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO**

**Lindsei Priscila Patricio da Rosa**

**São Francisco de Paula, RS, Brasil**

**2012**

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE UM CENTRO DE  
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS NO MUNICÍPIO DE  
SÃO FRANCISCO DE PAULA/RS**

**Lindsei Priscila Patricio da Rosa**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde – EaD, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Pós-graduado em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Giovana Cristina Ceni**

**São Francisco de Paula, RS, Brasil**

**2012**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE - RS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE  
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE - EaD**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a  
Monografia de Conclusão de Curso**

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE UM CENTRO DE  
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS NO MUNICÍPIO DE  
SÃO FRANCISCO DE PAULA/RS**

elaborada por

**Lindsei Priscila Patricio da Rosa**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Especialista**

**Comissão Examinadora:**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dra. Giovana Cristina Ceni**  
(Presidente/Orientadora – UFSM/ CESNORS)

---

**Dra. Fernanda Sarturi - UFSM/CESNORS**

---

**Dra. Gitane Fuke - UFSM/CESNORS**

São Francisco de Paula, 15 de dezembro de 2012.

## RESUMO

Este trabalho tem como objetivo propor a implantação de um Centro de Especialidades Odontológicas no município de São Francisco de Paula/RS. Os Centros de Especialidades são estabelecimentos de saúde da Atenção Secundária, criados a partir do Programa Brasil Sorridente para ampliar a oferta de serviços especializados, garantindo à população a integralidade da atenção em Saúde Bucal. Devem oferecer as especialidades de diagnóstico bucal, periodontia, endodontia, cirurgia oral menor e atendimento a portadores de necessidades especiais. Os Centros podem ser classificados em tipo I (três cadeiras odontológicas), tipo II (quatro a seis cadeiras odontológicas) e tipo III (acima de sete cadeiras odontológicas). Cada Centro recebe um valor de incentivo para implantação e custeio mensal, fazendo-se necessário o alcance da produção mínima mensal em cada especialidade. O processo de implantação é iniciado pelo gestor municipal que submete seu projeto ao Conselho Municipal de Saúde, o qual o encaminha à Comissão de Intergestores Bipartite que fará a solicitação do credenciamento junto ao Ministério da Saúde. Atualmente as Postarias nº 599/GM e nº 600/GM, ambas de 23 de março de 2006, normatizam a implantação e o financiamento, respectivamente, dessas unidades de saúde.

**Palavras-chave:** Atenção Secundária. Centro de Especialidades Odontológicas. Saúde Bucal.

## ABSTRACT

This work aims to propose the establishment of a Dental Specialty Center in São Francisco de Paula / RS. The Centers specialties are health establishments of Secondary Care, created from the Programa Brasil Sorridente to expand the supply of specialized services to ensure comprehensive care population in Oral Health. They should offer the specialties of oral diagnosis, periodontics, endodontics, minor oral surgery and care for people with special needs. The centers can be classified into type I (three dental chairs), type II (four to six dental chairs) and type III (above seven dental chairs). Each center receives a value incentive for deployment and monthly costing, making it necessary to reach the minimum monthly production in each specialty. The deployment process is initiated by the city manager to submit your project to the Municipal Health Council, which forwards it to the Bipartite Commission will make the request accreditation from the Ministry of Health. Currently the no, Ordinances 599/GM end 600/GM, both of March 23, 2006, regulate the establishment and funding, respectively, these health units.

**Keywords:** Secondary Care. Dental Specialty Center. Oral Health.

## **LISTA DE ANEXOS**

Anexo A – Planilha de Verificação de Atendimento às Condições Estabelecidas na Portaria n° 1570/GM, de 29 de julho de 2004.....	30
Anexo B – Normas da Revista Ciência & Saúde Coletiva .....	35

## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS**

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DAB – Departamento de Atenção Básica

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GM – Gabinete do Ministro

NOB – Norma Operacional Básica

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PDR – Plano Diretor de Regionalização

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

n° – número

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	08
<b>METODOLOGIA</b> .....	11
<b>DESENVOLVIMENTO</b> .....	12
<b>Atenção Básica (Primária)</b> .....	12
<b>Atenção Especializada (Secundária)</b> .....	15
Credenciamento do CEO .....	18
Requisitos mínimos para implantação do CEO tipo I .....	20
<b>Integralidade na Assistência à Saúde</b> .....	22
<b>CONCLUSÃO</b> .....	24
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	26
<b>ANEXOS</b> .....	29



## INTRODUÇÃO

A prestação de serviços públicos de Saúde Bucal no Brasil, historicamente, caracterizava-se por ações de baixa complexidade, na sua maioria curativas e mutiladoras. Ao longo do tempo, a maioria dos municípios brasileiros desenvolvia apenas ações para a faixa etária escolar, de 6 a 12 anos; enquanto os adultos e idosos tinham acesso apenas a serviços de urgência. Isso caracterizou a Odontologia como uma das áreas da saúde com extrema exclusão social. Não havia uma política nacional para o setor<sup>1</sup>.

A implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, intitulada Brasil Sorridente, significou um marco na mudança do foco da atenção em Saúde Bucal, visando avançar na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e propondo um modelo que dê conta da universalidade, integralidade e equidade, princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro<sup>2</sup>.

O Programa Brasil Sorridente, lançado em março de 2004, se propõe a desenvolver ações de promoção de saúde, prevenção e manejo de doenças com resolutividade e qualidade, que permitam mudanças no nível de Saúde Bucal da população, com reflexos positivos em sua saúde geral<sup>2</sup>.

Para a organização deste programa é fundamental que sejam pensadas as linhas do cuidado (criança, adolescente, adulto, idoso), com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência). A linha do cuidado tem como pressuposto o princípio da intersetorialidade e, por seu potencial de resolutividade, possibilita o surgimento de laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas<sup>1,3</sup>.

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal apontam, fundamentalmente, para a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção<sup>1,3</sup>.

Pode-se dizer que a atenção básica está ligada a valores, à atenção, ao acolhimento, ao pertencimento, à confiança, à responsabilização; e tem como função a produção de serviços, tanto de promoção e prevenção, quanto de tratamento e acompanhamento. A atenção básica é o ordenamento (porta de entrada) do sistema<sup>4</sup>.

À atenção básica compete assumir a responsabilidade pela detecção das necessidades, providenciar os encaminhamentos requeridos em cada caso e monitorar a evolução da reabilitação, bem como acompanhar e manter a reabilitação no período pós-tratamento<sup>3</sup>.

Com a expansão do conceito de atenção básica, e o conseqüente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, fazem-se necessários, também, investimentos que propiciem aumentar o acesso ao nível secundário de atenção. Para fazer frente ao desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados foi criado o Centro de Especialidades Odontológicas – CEO<sup>1</sup>.

O tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica. Dessa forma, os CEOs representam unidades de referência para as equipes de Saúde Bucal da atenção básica e ofertam procedimentos clínicos odontológicos complementares. Entre esses procedimentos incluem-se: diagnóstico bucal (com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca), periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia, e atendimento a portadores de necessidades especiais<sup>3</sup>.

Os critérios, as normas e os requisitos para a implantação e o credenciamento dos CEOs foram instituídos pela Portaria nº 1570/GM<sup>5</sup>, de 29 de julho de 2004, bem como

estabelecida sua forma de financiamento por meio da Portaria n° 1571/GM<sup>6</sup>, de 29 de julho de 2004. A Portaria n° 283/GM<sup>7</sup>, de 22 de fevereiro de 2005, passou a permitir o adiantamento do recurso de implantação desses centros.

Atualmente, as Postarias n° 599/GM<sup>8</sup> e n° 600/GM<sup>9</sup>, ambas de 23 de março de 2006, representam o arcabouço jurídico que normatizam a implantação e o financiamento dessas unidades de saúde, respectivamente.

Visto que o tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica, o objetivo desse estudo é propor aos gestores municipais – de acordo com as normas do Ministério da Saúde - a implantação desse serviço complementar no município de São Francisco de Paula/RS, garantindo à população o acesso a um atendimento integral e de qualidade.

## **METODOLOGIA**

As informações presentes nesse estudo foram obtidas através de artigos de periódicos, de publicações do Ministério da Saúde e da legislação referente ao assunto. Os artigos foram selecionados em diversas bases de dados (SciELO, Medline, Lilacs, Cochrane), por assunto, utilizando os descritores (ou palavras-chave) saúde bucal, especialidades odontológicas, atenção secundária e integralidade da atenção; dando-se preferência às publicações mais recentes (últimos dez anos). Na *homepage* do Ministério da Saúde foram encontradas as publicações utilizadas e a legislação citada.

## DESENVOLVIMENTO

A Política Nacional de Saúde Bucal, intitulada Brasil Sorridente, surgiu da necessidade de mudar o rumo da Saúde Bucal no Brasil, assegurando a integralidade nas ações de Saúde Bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população<sup>3</sup>.

O Programa Brasil Sorridente compreende um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo, que abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Essa política é desenvolvida por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações pelas quais se assume a responsabilidade com o cuidado em saúde bucal<sup>1</sup>.

As principais linhas de ação do Brasil Sorridente são a reorganização da Atenção Básica em Saúde Bucal - principalmente por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) - e a ampliação e qualificação da Atenção Especializada – através principalmente da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas<sup>2</sup>.

### ❖ **Atenção Básica (Primária)**

#### **Estratégia de Saúde da Família – Equipe de Saúde Bucal**

A partir de 1986, com o movimento da reforma sanitária, a discussão sobre o conceito de saúde/doença traz a proposta de se realizarem novas ações em saúde, iniciando assim, o desenvolvimento de projetos de saúde comunitária e de família e o desenho de um novo modelo de organização dos serviços de saúde<sup>1</sup>.

Em 1991, é implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que antecedeu a formação das primeiras equipes da Estratégia de Saúde da Família em 1994, as quais incorporaram e ampliaram a atuação dos agentes comunitários<sup>1</sup>.

Criada em 1994, a Estratégia de Saúde da Família foi normatizada pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) de 1996 (NOB/SUS-96), que definiu suas formas de financiamento, incluindo-a no Piso da Atenção Básica (PAB). O território e a população adscrita, o trabalho em equipe e a intersetorialidade constituem eixos fundamentais de sua concepção; bem como as visitas domiciliares, uma de suas principais estratégias, objetivando ampliar o acesso aos serviços e criar vínculos com a população<sup>3</sup>.

A Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade<sup>10</sup>. Prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, cujo atendimento é prestado na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio pelos profissionais que compõe as equipes, criando vínculos de co-responsabilidade entre estes e a população acompanhada, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade<sup>1</sup>.

Atualmente no Rio Grande do Sul, existem 1476 equipes da Estratégia de Saúde da Família implantadas. O município de São Francisco de Paula/RS possui 9 Unidades Básicas de Saúde (UBS), das quais 4 possuem equipes da ESF implantadas<sup>11</sup>.

Com o objetivo de reorganizar o modelo de atenção à saúde e ampliar o acesso às ações de Saúde Bucal, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, equipes de Saúde Bucal passaram a fazer parte da Estratégia de Saúde da Família<sup>1</sup>.

Sua regulamentação ocorreu por meio da Portaria n° 1444/GM<sup>12</sup>, de 28 de dezembro de 2000, que estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à Saúde Bucal prestada nos municípios. As normas e as diretrizes para este fim foram regulamentadas pela Portaria n° 267/GM<sup>13</sup>, de 6 de março de 2001.

A inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de 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. Dessa forma, o cuidado em Saúde Bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da Saúde Bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial<sup>1</sup>.

Existem três modalidades de Equipe de Saúde Bucal. A modalidade I é composta por Cirurgião-Dentista e Auxiliar em Saúde Bucal; a modalidade II é composta por Cirurgião-Dentista, Auxiliar em Saúde Bucal e Técnico em Saúde Bucal; a modalidade III é composta pela Unidade Odontológica Móvel<sup>10</sup>.

Inicialmente, a modalidade I recebia R\$ 5000,00 para implantação e R\$ 13000,00 por ano para custeio; a modalidade II recebia R\$ 5000,00 para implantação e R\$ 16000,00 por ano para custeio. Cada Equipe de Saúde Bucal era referência para duas Estratégias de Saúde da Família, essa proporção representava um fator limitante ao processo de implantação das Equipes de Saúde Bucal e impunha aos profissionais de Saúde Bucal um volume de demanda

de procedimentos clínicos curativos que comprometia a incorporação da filosofia da Estratégia de Saúde da Família no processo de trabalho desses profissionais<sup>1</sup>.

A partir da Portaria n° 673/GM<sup>14</sup>, em 2003, o Ministério da Saúde passou a financiar as Equipes de Saúde Bucal na proporção 1:1 com relação às Estratégias de Saúde da Família. Essa mesma portaria reajustou o incentivo anual de custeio das ESB Modalidade I para R\$ 15600,00 e das ESB Modalidade II para R\$ 19200,00<sup>1</sup>.

Atualmente, com a Portaria n° 978/GM<sup>15</sup>, de 16 de maio de 2012, foram efetuados novos reajustes dos incentivos, passando as ESB Modalidade I a receber R\$ 26760,00 e as ESB Modalidade II a receber R\$ 35760,00 por ano para custeio. Ambas as modalidades passaram a receber R\$ 7000,00 como incentivo adicional para a aquisição de equipamentos e instrumentais.

O processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal fundamenta-se nos princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção, trabalho em equipe e interdisciplinar, foco de atuação centrado no território-família-comunidade, humanização da atenção, responsabilização e vínculo. Suas ações resumem-se em promoção, proteção e recuperação da saúde; prevenção e controle de câncer bucal; e, incremento da resolução da urgência<sup>10</sup>.

O Ministério da Saúde recomenda que os profissionais de Saúde Bucal compartilhem a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território que a Estratégia de Saúde da Família à qual integra; e tenham jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes<sup>10</sup>.

#### ❖ **Atenção Especializada (Secundária)**

##### **Centros de Especialidades Odontológicas**



O acesso à atenção odontológica especializada torna-se relevante tendo em vista que o Programa Brasil Sorridente visa viabilizar a oferta da Atenção Secundária através dos Centros de Especialidades Odontológicas<sup>16</sup>.

Centros de Especialidades Odontológicas são estabelecimentos de saúde, registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), classificados como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade<sup>17</sup>.

Os Centros de Especialidades Odontológicas devem se constituir em unidades de referência para a Atenção Básica. Os profissionais da Atenção Básica são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros especializados dos casos mais complexos.

Eles estão preparados para oferecer à população, no mínimo, os seguintes serviços: diagnóstico bucal (com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca), periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia, e atendimento a portadores de necessidades especiais<sup>1,16,17,18,19</sup>.

A Portaria nº 718/SAS<sup>20</sup>, de 20 de dezembro de 2010, instituiu novos procedimentos que podem ser inclusos no CEO: aparelho ortodôntico/ortopédico e implante dentário osteointegrado (incluindo a prótese sobre o implante)<sup>21</sup>.

Cada Centro de Especialidades Odontológicas credenciado recebe recursos do Ministério da Saúde. A implantação de Centros de Especialidades acontece por meio de parceria entre Estados, Municípios e o Governo Federal: o Ministério da Saúde faz o repasse de uma parte dos recursos e os Estados e Municípios contribuem com outra parcela<sup>22</sup>.

Em função dos seus recursos físico-estruturais podem ser classificados em três tipos: CEO Tipo I (com 3 cadeiras odontológicas), CEO Tipo II (de 4 a 6 cadeiras odontológicas), e CEO Tipo III (acima de 7 cadeiras odontológicas)<sup>17,19</sup>. Devem funcionar 40 horas semanais, sendo o número de profissionais variável em função do tipo de CEO<sup>19</sup>.

Atualmente no Rio Grande do Sul, existem 23 Centros de Especialidades Odontológicas implantados<sup>23</sup>. As cidades mais próximas de São Francisco de Paula/RS que possuem CEO são Cachoeirinha (distante 94 Km), Canoas (distante 113 Km), Porto Alegre (distante 125 Km) e Caxias do Sul (distante 113 Km).

Cada Centro recebe um valor de incentivo para implantação (construção, ampliação, reforma e aquisição de equipamentos odontológicos) e custeio mensal, repassado pelo Ministério da Saúde.

Inicialmente, de acordo com a Portaria nº 1571/GM<sup>6</sup>, de 19 de julho de 2004, o CEO tipo I recebia R\$ 40000,00 para implantação e R\$ 6600,00 mensais para custeio. O CEO tipo II recebia R\$ 50000,00 para implantação e R\$ 8800,00 mensais para custeio.

Atualmente, os valores foram reajustados através da Portaria nº 1341/GM<sup>24</sup>, de 13 de junho de 2012, o CEO tipo I passou a receber R\$ 60000,00 para implantação e R\$ 8250,00 mensais para custeio. O CEO tipo II passou a receber R\$ 75000,00 para implantação e R\$ 11000,00 mensais para custeio. O CEO tipo III passou a receber R\$ 120000,00 para implantação e R\$ 19250,00 mensais para custeio.

O CEO deve realizar uma produção mínima mensal em cada especialidade, definida na Portaria 1.464/GM<sup>25</sup>, de 24 de junho de 2011. A transferência de recursos referentes aos incentivos mensais dos Centros de Especialidades Odontológicas poderá ser suspensa, de maneira integral, quando a produção mínima mensal, em qualquer das especialidades, não for atingida por dois meses consecutivos ou três meses alternados no período de um ano, e será mantida até a regularização da produção mínima mensal.

Segundo Chaves *et al.*<sup>18</sup>, as metas propostas pelas portarias ministeriais são questionáveis, haja vista não se basearem na oferta potencial de procedimentos por especialidade, levando em conta apenas o tipo de CEO para fazê-lo.

Produção mínima mensal definida pela Portaria n° 1.464/GM<sup>25</sup>, de 24 de junho de 2011, para cada tipo de CEO:

- Tipo I: 80 procedimentos do subgrupo atenção básica, 60 procedimentos do subgrupo periodontia, 35 procedimentos do subgrupo endodontia e 80 procedimentos do subgrupo cirurgia oral menor.
- Tipo II: 110 procedimentos do subgrupo atenção básica, 90 procedimentos do subgrupo periodontia, 60 procedimentos do subgrupo endodontia e 90 procedimentos do subgrupo cirurgia oral menor.
- Tipo III: 190 procedimentos do subgrupo atenção básica, 150 procedimentos do subgrupo periodontia, 95 procedimentos do subgrupo endodontia e 170 procedimentos do subgrupo cirurgia oral menor.

Os procedimentos da produção mínima mensal em cada especialidade foram especificados nessa mesma Portaria; e estão identificados no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SIGTAP) com o atributo complementar "Monitoramento CEO".

➤ Credenciamento do CEO:

Segundo o Ministério da Saúde<sup>21</sup>, para iniciar o processo de implantação de um Centro de Especialidades Odontológicas, o gestor municipal deverá apresentar sua proposta ao Conselho Municipal de Saúde e, se aprovada, encaminhar à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do respectivo Estado, indicando se o pleito é para CEO Tipo I, CEO Tipo II ou CEO Tipo III. Caberá à CIB solicitar o credenciamento do CEO ao Ministério da Saúde para apreciação e formalização em portaria específica.

Em São Francisco de Paula/RS, a proposta é implantar um CEO do tipo I, junto à Unidade Básica de Saúde Central, situada na Rua Manoel Vicente Ferreira, nº 01, Centro.

A proposta deverá contemplar minimamente os seguintes elementos:

a) Ofício do gestor solicitando o adiantamento do incentivo financeiro de implantação, discriminando o nome e o endereço da Unidade de Saúde;

Com o adiantamento do incentivo financeiro (no valor de R\$ 60000,00, por tratar-se de CEO tipo I), será possível realizar na UBS Central a adequação do espaço físico, aquisição de equipamentos/instrumental/materiais de consumo e realizar a contratação de profissionais.

b) Cópia da Resolução da CIB aprovando a implantação do CEO;

c) Cópia do Projeto de implantação do CEO aprovado pela CIB, do qual constem as seguintes informações: características populacionais do município, características da atenção básica, modalidade de gestão, inserção no Plano Diretor de Regionalização - PDR, características do PDR, características físicas do estabelecimento de saúde incluindo equipamentos, recursos humanos, especialidades ofertadas, população beneficiada e área de abrangência (indicando para qual município, região ou microrregião é referência, mencionando, inclusive, a população coberta);

d) Termo de Compromisso do gestor responsável assegurando o início do funcionamento do CEO em até, no máximo, 03 (três) meses após o recebimento do incentivo, sob pena de devolução ao Fundo Nacional de Saúde dos recursos repassados.

Após publicação da Portaria de recursos financeiros destinados à implantação do CEO, dentro do tempo limite de 03 (três) meses, o gestor deverá enviar para a Coordenação-Geral de Saúde Bucal/DAB/SAS os seguintes documentos devidamente preenchidos, carimbados e assinados pelo gestor municipal para habilitação do CEO:

a) Ofício solicitando o credenciamento do CEO informando o número do CNES do serviço; Razão Social (nome devidamente registrado sob o qual uma pessoa jurídica se individualiza e exerce suas atividades); Nome Fantasia.

b) Fotos dos ambientes do CEO com os itens considerados obrigatórios conforme o Manual de Adequação Visual: logotipo, slogan, cores institucionais, tipografia, placas de identificação, jaleco, móbile<sup>26</sup>.

c) Preenchimento da “Planilha de Verificação de Atendimento às Condições Estabelecidas na Portaria n° 1570/GM<sup>5</sup>, de 29 de julho de 2004” (Anexo A), que se refere aos requisitos para implantação do CEO; assinado pelo gestor. A Planilha é parte integrante da Portaria n° 283/GM<sup>7</sup>, de 22 de fevereiro de 2005.

➤ Requisitos mínimos para implantação do CEO tipo I

Portaria n° 1570/GM<sup>5</sup>, de 29 de julho de 2004

a) O município deverá possuir uma rede de Atenção Primária à Saúde organizada;

- b) Realizar a produção mínima mensal em cada especialidade, definida na Portaria n° 1.464/GM<sup>25</sup>, de 24 de junho de 2011;
- c) Oferecer à população as seguintes especialidades: diagnóstico bucal (com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca), periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia, atendimento a portadores de necessidades especiais;
- d) Possuir os seguintes equipamentos e materiais: aparelho de raio-x, equipo odontológico, canetas de alta e baixa rotação, amalgamador, fotopolimerizador, compressor, instrumentais, 3 consultórios completos (cadeira, unidade auxiliar, equipo e refletor);
- e) Possuir mobiliário adequado e espaço físico compatível com os serviços ofertados;
- f) Possuir recursos humanos necessários: três ou mais cirurgiões-dentistas (com carga horária semanal total de 120 horas), 1 auxiliar de consultório dentário por cirurgião-dentista, número mínimo de pessoal de apoio administrativo (repcionista, auxiliar de serviços gerais e auxiliar administrativo);
- g) Possuir na unidade os itens considerados obrigatórios conforme o Manual de Adequação Visual: logotipo, slogan, cores institucionais, tipografia, placas de identificação, jaleco, móbile.

Seguindo as orientações das portarias ministeriais para credenciamento, reformas, aquisição de equipamentos/materiais e contratação de profissionais; o CEO estará apto a iniciar suas atividades.

### ❖ **Integralidade na Assistência à Saúde**

A integralidade na assistência à saúde compreende a integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde; bem como a integração entre os distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde.

A articulação entre os serviços de Atenção Primária e Secundária deve levar em consideração características como equidade (onde todos os casos, diagnosticados apropriadamente, devem ser referenciados a um nível de maior complexidade sem barreiras para este referenciamento); integralidade (todo tratamento requerido deve estar disponível e acessível, seja no nível Primário ou Secundário, onde o fluxo entre os níveis é facilmente conseguido); e, finalmente, eficiência e eficácia; garantindo-se que as referências sejam apropriadas e devidamente oportunas e que a contra-referência seja assegurada após o tratamento completado, ou até mesmo, ao longo dele<sup>19</sup>.

A articulação ideal pode ser caracterizada pelo acesso indiscriminado e sem barreiras após encaminhamento; pelo sistema de referência, em que todo serviço não disponível na Atenção Primária é ofertado na Atenção Secundária; pelo encaminhamento ágil e adequado, com contra-referência para a Atenção Primária ao final do tratamento especializado; pelo retorno facilitado ao nível Secundário sempre que necessário<sup>18</sup>.

Devido à importância da articulação entre rede Primária e Secundária para o bom funcionamento do sistema, a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas em municípios nos quais a Atenção Primária à saúde não esteja adequadamente estruturada não é recomendada. Melhores resultados são alcançados onde a Estratégia de Saúde da Família é a forma de organização do sistema de saúde municipal<sup>18</sup>.

Ao assumir a responsabilidade pela Saúde Bucal da sua população, o Brasil compromete-se com a redução das desigualdades, com o combate à fome e com a garantia de nutrição em condições adequadas – um compromisso com a inclusão social<sup>1</sup>.

As desigualdades sociais implicam desigualdades nos padrões de doenças e no padrão de utilização dos serviços, com prejuízo àqueles de maior risco social. A redução das disparidades socioeconômicas e das medidas de Saúde Pública dirigidas aos grupos mais vulneráveis permanece como um desafio para todos os que formulam e implementam as políticas públicas no Brasil<sup>19</sup>.



## CONCLUSÃO

Nos últimos 10 anos, percebeu-se uma mudança no rumo da Saúde Bucal no Brasil. Através da Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa Brasil Sorridente, a atenção em Saúde Bucal voltou-se à prevenção e promoção em saúde, além de desenvolver e aprimorar o tratamento e o acesso a ele. O sistema de saúde ficou mais organizado e fortalecido, a qualidade e a humanização dos serviços foram alcançadas.

Na busca pela integralidade da atenção, o sistema de saúde foi organizado em níveis de assistência, iniciando na atenção básica (primário), passando pelo atendimento especializado (secundário) e chegando ao atendimento hospitalar (nível terciário).

A atenção básica é a porta de entrada do sistema, nela inicia o processo de acolhimento, confiança e responsabilização entre o sistema, profissional e usuário. Suas ações são realizadas através das equipes que integram a Estratégia de Saúde da Família, de forma integral e contínua, permitindo a expansão e qualificação do sistema.

A inserção da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família, além de melhorar consideravelmente a situação da Saúde Bucal no nível primário da atenção, está proporcionando, também, o desenvolvimento da atenção secundária, serviço que disponibiliza à população atendimento odontológico especializado através dos Centros de Especialidades Odontológicas. Porém, ainda são poucos os municípios que contam com esse serviço.

No município de São Francisco de Paula/RS, a falta de oferta de serviços especializados compromete o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra-referência em Saúde Bucal, e, conseqüentemente, a integralidade da atenção. O tratamento oferecido nos centros de especialidades é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de

atenção básica, dessa forma, a integralidade pretendida requer ações articuladas entre atenção primária e secundária para permitir a oferta adequada dos procedimentos, a redução de obstáculos ao acesso e a utilização adequada dos serviços de Saúde Bucal pelos usuários.

A implantação de um Centro de Especialidades Odontológicas constitui estratégia relevante nesse sentido, mas irá garantir à população de São Francisco de Paula/RS bem mais que a integralidade pretendida.

A implantação de um Centro de Especialidades irá garantir a redução da perda dental, o acesso a especialidades restritas à odontologia de mercado, o tratamento e recuperação da saúde bucal e, conseqüentemente, da saúde como um todo; irá garantir dignidade, redução de desigualdades e inclusão social.

## REFERÊNCIAS

1. Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Saúde Bucal, Brasil Sorridente. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/cnsb/brasilsorridente.php>>. Acesso em: set. 2012.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.
4. Kuschnir RC, Chorny AH, Lira AML. Gestão dos sistemas e serviços de saúde. Brasília, CAPES:UAB, 2010.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1570/GM, de 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Brasília, 29 jul. 2004.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.571/GM, de 29 de julho de 2004. Estabelece o pagamento de próteses dentárias totais em Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD. Diário Oficial da União, 30 jul. 2004.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 283/GM, de 22 de fevereiro de 2005. Antecipa o incentivo financeiro para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) em fase de implantação, e dá outras providências. Brasília, 22 fev. 2005.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Seção 1, n. 58, 24 mar. 2006, p. 51.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 600/GM, de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Seção 1, n. 58, 24 mar. 2006, p. 52.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Saúde Bucal, Brasil Sorridente, Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/cnsb/estrategiasaudedafamilia.php>>. Acesso em: set. 2012.

11. Secretaria Estadual da Saúde/RS. Saúde e Você, Principal Porta de Entrada do SUS, Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família. Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/234/?UnidadesBasicasdeSaudeeEquipesdeSaude daFamilia>>. Acesso em: set. 2012.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1444/GM, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União, 29 dez. 2000, seção 1, pg. 85.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 267/GM, de 06 de março de 2001. Define as Diretrizes e Normas da inclusão das ações de saúde bucal no PSF. Diário Oficial da União, 07 de mar. 2001, seção 1, pg. 67.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 673/GM, de 03 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. Diário Oficial da União n.º 106, 04 jun. 2003, seção 1, p. 44.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 978/GM, de 16 de maio de 2012. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 16 mai. 2012.
16. Chaves SCL, Cruz DN, Barros SG, Figueiredo AL. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, 2011; 27(1):143-154. Rio de Janeiro.
17. Lima ACS, Cabral ED, Vasconcelos MMVB. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública, 2010; 26(5):991-1002. Rio de Janeiro.
18. Chaves SCL, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo ACL, Moura BLA, Cangussu MCT. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. Rev Saúde Pública, 2010; 44(6):1005-1013. São Paulo.
19. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública, 2009; 25(2):259-267. Rio de Janeiro.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 718/SAS, de 20 de dezembro de 2010. Institui novos procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 20 de dez. 2010.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Passo a Passo das Ações do Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ed Premium, 2012.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Saúde Bucal, Brasil Sorridente, Atenção Especializada, Atenção Secundária. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/cnsb/atencaosecundariacentro.php>>. Acesso em: set. 2012.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Saúde Bucal, Cidades Atendidas, Rio Grande do Sul. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/CNSB/mapa-centroespecialidades/CEORS.php>>. Acesso em: set. 2012.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.341/GM, de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Seção 1, n. 126, 2 jul. 2012, p. 74.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.464/GM, de 24 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Brasília, 24 jun. 2011.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Adequação Visual. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/CNSB/publicacoes.php>>. Acesso em: set. 2012.

## **ANEXOS**

**Anexo A:**

Planilha de Verificação de Atendimento às Condições Estabelecidas na Portaria n° 1570/GM,  
de 29 de julho de 2004.

PLANILHA DE VERIFICAÇÃO DE ATENDIMENTO AS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS DO ANEXO I DA PORTARIA Nº 1570/GM

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ POPULAÇÃO: \_\_\_\_\_  
 GESTÃO: ( ) Habilitado em Gestão Plena do Sistema ( ) Não Habilitado em Gestão Plena do Sistema  
 MUNICÍPIO SEDE DO MÓDULO ASSISTENCIAL: ( ) MUNICÍPIO SEDE DA MICRORREGIÃO ( )  
 MUNICÍPIO PÓLO: ( ) SATÉLITE: ( )  
 Nº DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: \_\_\_\_\_ Nº DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL: \_\_\_\_\_  
 FLUORETAÇÃO DA ÁGUA: ( ) SIM ( ) NÃO RESPONSÁVEL PELA FLUORETAÇÃO: \_\_\_\_\_  
 CEO TIPO: ( ) I ( ) II NOME DA UNIDADE: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_  
 É UNIDADE DE SAÚDE ISOLADA: ( ) SIM ( ) NÃO  
 TIPO DE UNIDADE DE SAÚDE EM QUE ESTÁ INSERIDA: \_\_\_\_\_  
 ESPAÇO FÍSICO APROX. DO CEO: \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup> QUANTOS COMPARTIMENTOS: \_\_\_\_\_ QUAIS: \_\_\_\_\_  
 É POSSÍVEL AMPLIAÇÃO? ( ) SIM ( ) NÃO  
 OBS: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

REFERÊNCIA: ( ) Municipal ( ) Microrregional ( ) Regional  
 POPULAÇÃO DA MICRORREGIÃO: \_\_\_\_\_  
 MUNICÍPIOS QUE COMPÕEM A MICRORREGIÃO/REGIÃO: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

POPULAÇÃO A SER COBERTA: \_\_\_\_\_  
 MUNICÍPIOS A SEREM COBERTOS: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Secretário(a) Municipal de Saúde: \_\_\_\_\_  
 Tel: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Coordenador (a) Atenção Básica/Saúde Bucal: \_\_\_\_\_  
 Tel: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Gerente do CEO: \_\_\_\_\_  
 Tel: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_







3.	<p>A unidade de saúde está visualmente adequada com a aplicação da marca <b>BRASIL SORRIDENTE</b> de acordo com os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde constantes no Manual de Aplicações Gráficas da Logomarca do Brasil Sorridente, obrigatoriamente, nas seguintes peças, segundo Portaria GM/MS nº 1570 de 29/07/2004 (Art. 7º):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Placa de identificação para fachada</li> <li>● Placa de identificação para recepção</li> <li>● Placa de identificação para consultórios</li> <li>● Placa de inauguração (no caso de unidades novas)</li> <li>● Jalecos</li> <li>● Móveis</li> </ul>			<p>Tam. Mínimo: 1,50 mX1,0 m</p> <p>Bolso Esquerdo:</p>
----	--	--	--	---

Cidade-UF, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA, MATRICULA, CARIMBO DO GESTOR DISTRITAL, ESTADUAL OU MUNICIPAL

**Anexo B:**

Normas da Revista Ciência & Saúde Coletiva.

## Ciência & Saúde Coletiva INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ISSN 1413-8123 *versão impressa*  
ISSN 1678-4561 *versão online*

- Objetivo e política editorial
- Seções da publicação
- Apresentação de manuscritos

### Objetivo e política editorial

**Ciência & Saúde Coletiva** publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade bimestral, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

A revista C&SC adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcq.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcq.pt/document/71479/450062.pdf). Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

### Seções da publicação

**Editorial:** responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 3.500 caracteres.

**Debate:** encomendado pelos editores, trata-se de artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O artigo deve ter, no máximo, 40.000 caracteres; os textos dos debatedores e a réplica, máximo de 10.000 caracteres cada um.

**Artigos Temáticos:** revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta no número temático. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres; os de revisão, 50.000 caracteres.

**Artigos de Temas Livres:** não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres.

**Resenhas:** análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores devem encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução de alta definição da capa do livro resenhado.

**Cartas:** crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 7.000 caracteres).

**Observação:** O limite máximo de caracteres considera os espaços e inclui texto e bibliografia; o resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

### **Apresentação de manuscritos**

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final do artigo.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico ([www.cienciaesaudecoletiva.com.br](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br)) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações.
3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.
6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).
7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, etc.).
9. O **resumo/abstract**, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, objetivos, metodologia, abordagem teórica e resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

### **Autoria**

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e

interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

### **Nomenclaturas**

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

### **Ilustrações**

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, de preferência, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw. Estes formatos conservam a informação VETORIAL, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e NÃO conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, deve ser enviado o material original em boas condições para reprodução.

### **Agradecimentos**

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles a outros tipos de contribuição.

### Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de !maturidade do PSF" <sup>11</sup> ...

ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza <sup>4</sup>, a cidade...

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (<http://www.icmje.org>).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

### Exemplos de como citar referências

#### Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (inclua até 6 autores, seguidos de *et al.* se exceder a esse número):

Pelegriini MLM, Castro JD, Drachler ML. Eqüidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev C S Col* 2005; 10(2):275-86.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, *et al.* Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Rev C S Col* 2005; 10(2):483-91.

2. Instituição como autor:

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-4



## 3. Sem indicação de autoria:

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

## 4. Número com suplemento:

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saúde Pública* 1993; 9(Supl 1):71-84.

## 5. Indicação do tipo de texto, se necessário:

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

**Livros e outras monografias**

## 6. Indivíduo como autor:

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

## 7. Organizador ou compilador como autor:

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

## 8. Instituição como autor:

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/Ibama; 2001.

## 9. Capítulo de livro:

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

## 10. Resumo em Anais de congressos:

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

## 11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos:

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-2.

## 12. Dissertação e tese:

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

### **Outros trabalhos publicados**

13. Artigo de jornal:

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual:

*HIV+/AIDS: the facts and the future* [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais:

Lei nº 8.080 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* 1990; 19 set.

### **Material no prelo ou não publicado**

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

### **Material eletrônico**

16. Artigo em formato eletrônico:

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe - PE - Brasil. *Arq Bras Oftalmol*[periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico:

*CDI, clinical dermatology illustrated* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador:

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.