

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Mestrado Profissional em Saúde Pública

Simone Machado de Oliveira Batista

**ASSOCIAÇÃO ENTRE INDICADORES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA
EM SAÚDE BUCAL E CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS
E DE PROVISÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS ODONTOLÓGICOS
NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DE GOIÁS**

RECIFE
2010

SIMONE MACHADO DE OLIVEIRA BATISTA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE INDICADORES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA
EM SAÚDE BUCAL E CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS
E DE PROVISÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS ODONTOLÓGICOS
NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DE GOIÁS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de mestre em Saúde Pública.
Área de concentração: Vigilância em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Rafael da Silveira Moreira

RECIFE

2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

B333a Batista, Simone Machado de Oliveira.

Associação entre indicadores de atenção primária em saúde bucal e condições socioeconômicas e de provisão de serviços públicos odontológicos nos municípios do Estado de Goiás / Simone Machado de Oliveira Batista. — Recife: S. M. O. Batista, 2010.

76 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Dr. Rafael da Silveira Moreira.

1. Avaliação de Serviços de Saúde. 2. Saúde bucal. 3. Indicadores básicos de saúde. 4. Indicadores sociais. I. Moreira, Rafael da Silveira. II. Título.

CDU 614.2

SIMONE MACHADO DE OLIVEIRA BATISTA

ASSOCIAÇÃO ENTRE INDICADORES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE BUCAL
E CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DE PROVISÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS
ODONTOLÓGICOS NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DE GOIÁS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
Profissional em Saúde Pública do Centro de
Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação
Oswaldo Cruz para obtenção do grau de
mestre em Saúde Pública.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Dr. Rafael da Silveira Moreira
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Dra. Eduarda Ângela Pessoa Cesse
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Dra. Maria Goretti Queiroz
Universidade Federal de Goiás

À minha mãe Célia e minha irmã e Dindinha Maria Augusta que foram e sempre serão meus exemplos de mulheres fortes e guerreiras e me ensinaram a lutar pelos meus ideais e enfrentar os desafios com coragem, perseverança e fé.

AGRADECIMENTOS

Aos amores da minha vida, Pedrinho, meu marido; Iara e Pedro Henrique, meus filhos, que me incentivaram e souberam compreender minha ausência em alguns momentos de nosso convívio familiar durante o percurso dessa jornada.

Ao meu orientador Rafael Moreira, pela sua conduta segura e a paciência ao ensinar-me de forma tranquila e amiga.

Aos meus amigos e colegas da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás: Valéria Coimbra, Edsaura Pereira, Marilucia Batista, Nelson Bezerra, Carlos Lisboa, Sandra Bahia e a equipe do Núcleo de Saúde Bucal por colaborarem na construção deste trabalho.

Aos amigos e professores, Márcio Florentino, Maria do Carmo, Maria Goretti, Elias Rassi, Ivan Maciel e Paulo Capel por colaborarem com suas sugestões e críticas.

À amiga e professora Dais Rocha por ter feito chegar até mim o edital de seleção desse mestrado e por me impulsionar a concorrer a uma vaga.

Aos colegas do curso, por dividirem comigo a expectativa desta jornada. Em especial, a Maria Cristina, Maria Fernanda, Andréia, Patrícia e Rogéria, pela amizade e carinho.

A todos da minha família e outros amigos, por me incentivarem e me apoiarem no transcurso nesses dois anos, sendo tal apoio fundamental para que eu atingisse esse importante objetivo.

E, principalmente a Deus, fonte de vida e luz, pois creio que sem Sua presença e força, nada é possível.

*"Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas
que já têm a forma do nosso corpo
e esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre aos mesmos lugares.
É o tempo da travessia. E, se não ousarmos fazê-la,
teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos."*

Fernando Pessoa

BATISTA, Simone Machado de Oliveira. Associação entre indicadores de atenção primária em saúde bucal e condições socioeconômicas e de provisão de serviços públicos odontológicos nos municípios do Estado de Goiás. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

Esta pesquisa buscou a associação entre os indicadores da Atenção Primária (AP) em saúde bucal e as condições socioeconômicas, de fluoretação, provisão de serviços odontológicos e alocação de recursos federais para a área de saúde bucal nos municípios do Estado de Goiás, nos anos 2006, 2007 e 2008 e descreveu o desempenho desses indicadores em relação às metas pactuadas. As variáveis dependentes foram: Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática (COB), Média de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais (POBI), Proporção de Exodontias na Dentição Permanente em relação ao total de Procedimentos Odontológicos Individuais (EXO). As variáveis explicativas foram: População dos municípios, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, Presença de flúor na água de abastecimento público e Anos de fluoretação, Número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF), Recurso federal aplicado ao pagamento das ESB na ESF e Razão entre o número de dentistas cadastrados no serviço público no município por mil habitantes. As principais associações foram: a variável EXO apresentou correlação negativa com todas as variáveis do estudo; quanto maior a População do município, maior o tempo do benefício do flúor na água, maior o Número de ESB, maiores os Repasses financeiros federais para o custeio dessas equipes e menores os resultados de acesso aos serviços. A maior correlação encontrada foi entre o Número de ESB e o Recurso federal para o custeio dessas equipes. Os resultados do alcance das metas pactuadas para os indicadores da AP foram baixos. Os municípios com valores de Razão de CD por mil habitantes, acima da mediana, tiveram aumentada a chance de alcance das metas pactuadas. Foram construídos mapas segundo o alcance das metas pactuadas para os indicadores de AP. Pelos resultados, deduz-se a dificuldade em demonstrar a influência desses indicadores sociais nos modelos de assistência odontológica na AP adotados nos municípios.

Palavras-chaves: Avaliação de serviços. Saúde bucal. Indicadores básicos de saúde. Indicadores sociais.

BATISTA, Simone Machado de Oliveira. Association between primary care indicators in oral health and social-economic conditions and the provision of public dental services in counties in the State of Goiás. 2010. Dissertation (Master Degree Program in Public Health) – Aggeu Magalhães Research Center of the Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2010.

ABSTRACT

This study aimed to associate the Primary Care (AP) indicators at oral health and the social-economic conditions, fluoridation, provision of services in dentistry and allocation of federal resources to oral health in the counties of the State of Goiás, in the years of 2006, 2007 and 2008, and to describe the accomplishment of these indicators relative to the established targets. The dependent variables were: Coverage of First Programmed Dental Visit (COB), Mean number of Basic Individual Dental Procedures (POBI), and the Proportion of Extractions of Permanent Dentition relative to the total number of Individual Dental Procedures (EXO). The explanatory variables were: the Population of these counties, Municipal Human Development Index, the Presence of fluoride in the water distributed to the urban population and Years of fluoridation, Number of Oral Health Teams (ESB) in the Family Health Strategy (ESF), Federal resources used to pay for the ESB, in the ESF and the number of dentists in the public service registry per one thousand inhabitants. The principal associations were: the EXO variable presented a negative correlation with all the other variables included in the study; the bigger the population of the county, the longer they had the benefit of fluoridated water, higher the number of ESBs, the more significant the federal funding destined to pay these teams and the lower results in access to services. The most significant correlation found was among the variables in the number of ESBs and federal funding destined to pay for these teams. The results of the achievement of goals agreed upon indicators for AP were low. The counties with the Reason CD values per thousand inhabitants, above the median had an increased chance of reaching the goals agreed upon. Maps were constructed according to the achievement of targets for indicators of AP. From the results, it appears the difficulty in demonstrating the influence of these social indicators in models of dental services in the AP adopted in counties.

Key words: Service evaluations. Oral health. Basic health indicators. Social indicators.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Distribuição dos municípios segundo o alcance das metas pactuadas para os indicadores de atenção primária em saúde bucal – Goiás/2006-2008.....	47
Figura 2: Distribuição espacial dos municípios segundo o alcance da meta pactuada de Cobertura de Primeira Consulta Programática (COB) Goiás/2006-2008	56
Figura 3: Distribuição espacial dos municípios segundo os valores de Cobertura de Primeira Consulta Programática (COB) agrupados nos quartis Goiás 2006-2008	57
Figura 4: Distribuição espacial dos municípios segundo o alcance da meta pactuada do nº de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais (POBI) – Goiás/2006-2008.....	58
Figura 5: Distribuição espacial dos municípios segundo os valores de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais (POBI) agrupados nos quartis Goiás 2006-2008.....	58
Figura 6: Distribuição espacial dos municípios segundo o alcance da meta pactuada de Proporção de Exodontias na Dentição Permanente em Relação ao Total de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais (EXO) – Goiás/2006-2008.....	59
Figura 7: Distribuição espacial dos municípios segundo os valores de Proporção de Exodontias na Dentição Permanente em Relação ao Total de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais (EXO) agrupados nos quartis. Goiás/2006-2008	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Estatística descritiva dos Indicadores da Atenção Primária em Saúde Bucal e Indicadores Sociais e de Oferta de Serviços Públicos Odontológicos nos Municípios do Estado de Goiás 2006-2008.....	44
Tabela 2: Correlação entre Indicadores da Atenção Primária em Saúde Bucal e Condições Socioeconômicas e de Oferta de Serviços Públicos Odontológicos nos Municípios do Estado de Goiás 2006-2008.....	46
Tabela 3: Distribuição dos Municípios segundo a Variável Dependente Cobertura de Primeira Consulta Programática (COB) e as Variáveis Independentes – Goiás/2006-2008.....	49
Tabela 4: Distribuição dos Municípios segundo a Variável Dependente Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais (POBI) e as Variáveis Independentes – Goiás/2006-2008	51
Tabela 5: Distribuição dos Municípios segundo a Variável Dependente Proporção de Exodontias na Dentição Permanente em Relação ao Total de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais (EXO) e as Variáveis Independentes – Goiás/2006-2008.....	53
Tabela 6: Chance de os municípios alcançarem os valores pactuados para cada Variável Dependente segundo as Variáveis Independentes – Goiás/2006-2008	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
CD	Cirurgião Dentista
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
COB	Cobertura de 1ª Consulta Odontológica Programática
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPOD	Dentes Cariados Perdidos e Obturados
CPqAM	Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EXO	Proporção de Exodontias na Dentição Permanente em Relação ao Total de Procedimentos Odontológicos Individuais
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GM	Gabinete do Ministro
GT	Grupo de Trabalho
IBGE	Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LRPD	Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odds Ratio
PAB	Piso da Atenção Básica
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional de Abordagem de Domicílios
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POBI	Média de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais
PPC	Paridade do Poder de Compra
PPIVS	Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde
PPT	Plano Preventivo-Terapêutico
PSF	Programa Saúde da Família
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SIOPS	Sistema de Informação em Orçamento Público em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL	18
2.1 Saúde e desigualdade social	18
2.2 Equidades e acesso aos serviços de saúde	21
2.3 Índice de Desenvolvimento Humano	24
2.4 Saúde bucal no SUS	25
2.5 Pactuação de Indicadores no SUS	31
2.5.1 Pacto de Indicadores da Atenção Básica	31
2.5.2 Pacto pela Saúde	32
2.6 Indicadores de saúde Bucal	33
3 JUSTIFICATIVA	36
4 PERGUNTA CONDUTORA	38
5 OBJETIVOS	38
5.1 Geral	38
5.2 Específicos	38
6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	39
7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	42
8 RESULTADOS	43
8.1 Análise espacial	56
9 DISCUSSÃO	61
10 CONCLUSÃO	70
REFERÊNCIAS	72

APRESENTAÇÃO

O interesse por esse tema provém da minha trajetória pessoal como cirurgiã dentista, sanitarista, que trabalha há 27 anos na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Minha experiência profissional, tendo atuado nos três níveis do serviço: no nível local no atendimento a pacientes, no nível regional e no central, trabalhando por muitos anos no Departamento de Saúde Bucal da SES/GO, me instigou a produzir um trabalho de monitoramento e avaliação dos indicadores de atenção primária que pudesse contribuir para uma aproximação maior dos técnicos e gestores do serviço odontológico do meu estado, para esse assunto.

Atualmente, à frente da Gerência da Escola de Saúde Pública “Cândido Santiago”, e envolvida com a área de educação permanente, percebo a necessidade de aprimorar a capacitação dos profissionais envolvidos no processo de trabalho na área de odontologia no Estado de Goiás. Especificamente, é preciso compreender a importância de se implantar um Sistema de Informação em Saúde como ferramenta incorporada às práticas dos serviços de saúde e como subsídio ao planejamento, potencializando a utilização de instrumentos de gestão como o Pacto de Indicadores, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) para tomada de decisões e formação dos sujeitos envolvidos nos processos. Os momentos de avaliação realizados pela equipe de trabalho, a partir da realidade, são fundamentais para a orientação dos processos de consolidação, implantação e reformulação das práticas (BRASIL, 2008c).

O monitoramento contínuo desses indicadores nos municípios pode instruir o direcionamento de recursos adicionais para as áreas que manifestam necessidades mais elevadas, contribuindo para a implementação de serviços de saúde socialmente apropriados. A equidade deve ser uma prioridade no planejamento das ações de saúde e o desafio de mensurar essa dimensão deve continuar instigando os estudos em saúde bucal.

1 INTRODUÇÃO

A desigualdade socioeconômica é característica marcante do contexto brasileiro com extensas consequências para a saúde, especialmente, bucal. Os agravos bucais e suas sequelas são de grande prevalência no Brasil, constituindo-se em problemas de saúde pública com graves consequências sociais e econômicas. A saúde bucal, na maioria dos municípios brasileiros, constitui, ainda, um grande desafio aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

O último e mais completo estudo epidemiológico em saúde bucal de base nacional foi conduzido pelo Ministério da Saúde em 250 municípios de todas as regiões do País e concluído em 2003. Esse estudo revelou que o ataque da cárie dentária na dentição permanente, medido pelo índice CPOD (Dentes Cariados Perdidos e Obturados), atingiu a média de 2,8 dentes aos 12 anos de idade; de 6,2 na faixa etária entre 15 e 19 anos; de 20,1 entre 35 e 44 anos e que atinge índices alarmantes de 27,8 dentes entre os idosos (BRASIL, 2005b).

O levantamento mostrou uma distribuição heterogênea da cárie, registrando diferenças entre as regiões e os grupos sociais, constatando a maior severidade da doença nos grupos mais submetidos à privação social, reforçando a observação de que a presença de dentes cariados é consequência do reduzido acesso a recursos preventivos e reflete a ausência ou a utilização limitada de atendimento odontológico (ANTUNES et al., 2007).

No Brasil, a introdução dos dentifrícios fluoretados, no final dos anos de 1980, contribuiu para a mudança no perfil da cárie dentária, ocorrendo diminuição no índice CPOD e aumento no percentual de indivíduos livres de cárie. A fluoretação das águas de abastecimento público, a adição de compostos fluoretados aos dentifrícios e a descentralização do sistema de saúde brasileiro são fatores consideráveis para se compreender o processo de declínio da cárie no Brasil a partir do final do século XX (NARVAI et al., 2006).

Esse declínio veio acompanhado pelo fenômeno da polarização que consiste na concentração da maior parte de doenças e das necessidades de tratamento em uma pequena parcela de população. Cada vez mais, a distribuição da cárie vai se afastando de uma distribuição uniforme sendo notados níveis crescentes de desigualdade. Observa-se que a situação continua grave nas classes menos favorecidas e é a capacidade de identificar esses

grupos com alto índice de cárie dentária que irá possibilitar o correto manuseio e adoção de medidas e estratégias preventivas adequadas (PERES et al., 2008).

A presença do SUS ao ampliar o acesso aos serviços de saúde, em especial das camadas da população socialmente carente, atua no sentido de reduzir a magnitude das disparidades presentes na saúde, ação que é mais efetiva à medida que os serviços oferecidos adquirem maior cobertura e qualidade (BARROS; BERTOLDI, 2002).

Apesar da expansão do serviço público odontológico, observada com a implementação do SUS após os anos de 1990, sabe-se que o acesso ao serviço ainda constitui um grande desafio às políticas públicas de saúde bucal (SILVEIRA, 2008).

A universalização do acesso, a integralidade das ações, a equidade, a descentralização, a hierarquização dos serviços e o controle social exprimem o conjunto de princípios que se busca consolidar no processo de construção do SUS, baseado na proposta de reforma sanitária. Consequentemente é incontestável a necessidade de reordenação das práticas sanitárias para a construção de novos modelos de atenção nos quais os municípios passam a ser responsáveis imediatos pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde da população.

Nesse sentido, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem sido o modelo de atenção, preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), para a reorganização da Atenção Primária (AP) que busca a vigilância à saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde. A inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na ESF foi efetivada em 2001 (BRASIL, 2001a).

Em 2004, o Ministério da Saúde (MS) apresentou as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Política Brasil Sorridente – que tem como principais linhas de ação: a viabilização da adição de flúor a estações de tratamento das águas de abastecimento público; a reorganização da Atenção Básica, especialmente por meio da ESF e da ampliação e qualificação da Atenção Especializada por meio da implementação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) (BRASIL, 2004).

Dentre os pressupostos à reorientação do modelo de atenção em saúde bucal, trazidos pela PNSB, está a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença atuação intersetorial e ações sobre o território; a utilização da epidemiologia e das informações sobre o território para subsídio do planejamento bem como acompanhar o

impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos (BRASIL, 2004).

Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contém informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para o acompanhamento das condições de saúde (Rede Interagencial de Informações para a Saúde, 2008).

Muitos indicadores de saúde bucal podem ser utilizados; desde indicadores quantitativos até qualitativos. Dentre eles, destacam-se os indicadores de avaliação da assistência, os epidemiológicos ou até os subjetivos, assim como indicadores de percepção de saúde bucal pelo próprio indivíduo.

Os municípios deverão, portanto, investir na utilização de indicadores e instrumentos para monitoramento e avaliação de suas ações em saúde bucal de forma a avançar no processo de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) que está, fundamentalmente, ligada à melhoria da qualidade da atenção prestada.

Um sistema de atenção à saúde baseado na APS compõe-se de um conjunto de elementos funcionais e estruturais que garantem cobertura universal e acesso aos serviços que sejam aceitáveis para a população e que sejam equânimes. Ele provê a atenção integral e integrada ao longo do tempo, enfatiza a promoção e a prevenção e assegura o primeiro contato, ou seja, promove maior acesso aos serviços necessários, melhor qualidade do cuidado, maior foco na promoção da saúde e na prevenção de doenças (BRASIL, 2009a). Dessa maneira, faz-se necessário um acompanhamento constante desses indicadores que servirão de bússola para que os gestores orientem suas decisões estratégicas para estruturação dos serviços de modo que possa propiciar resultados sanitários positivos.

Estudos que investiguem a associação entre indicadores de atenção básica em saúde bucal e condições socioeconômicas municipais são particularmente importantes para a formulação de políticas de saúde pelos gestores direcionados a reduzir desigualdades em saúde, sobretudo, no acesso e utilização dos serviços (FERNANDES; PERES, 2005). Para esses autores, políticas de saúde bucal, socialmente orientadas e que agreguem ações de promoção e recuperação da saúde bucal devem dirigir-se prioritariamente aos municípios que apresentem piores indicadores socioeconômicos.

Pretendeu-se, com esta pesquisa, investigar os indicadores da AP em saúde bucal, nos 246 municípios do Estado de Goiás relativos a 2006, 2007 e 2008, a fim de identificar possíveis associações dos mesmos, com indicadores socioeconômicos, de fluoretação, de

oferta de serviços públicos odontológicos e de alocação de recursos financeiros federais para o pagamento das Equipes de Saúde Bucal na ESF, comparando os dados encontrados com as metas pactuadas entre as três esferas de governo: municipal, estadual e federal.

2 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL

2.1 Saúde e desigualdade social

Os nexos da associação entre saúde e condição socioeconômica foram problematizados com uma evidente conotação política em estudos clássicos do século XIX. Os estudos de Louis-René Villermé sobre as condições de insalubridade no trabalho na indústria têxtil serviram de fundamentação para os primeiros textos legislativos procurando coibir a exploração da mão-de-obra infantil. William Farr, John Snow, Rudolf Virchow e Frederick Engels também se destacaram ao lançar seus olhares sobre as novas configurações da vida urbana em suas formações econômicas, políticas e sociais, pautando-as como causas de doenças e agravos à saúde. Em seus escritos, esses autores propugnaram melhores condições de vida como estratégia para o saneamento das cidades e firmaram o reconhecimento da privação material como importante fator da produção de doenças (BOING et al., 2006).

Recentemente, assistiu-se a uma retomada e intensificação dos estudos voltados às múltiplas e complexas interações entre saúde e desigualdade social. Diferenciais de ordem socioeconômica vêm sendo estudados como possíveis fatores causais, coadjuvantes e consequências de inúmeras doenças. Nesse sentido, fala-se em associação entre saúde e condição social.

Compreender a dinâmica desse complexo processo é relevante para a implementação de políticas públicas dirigidas à promoção de saúde e equidade, o que constitui um dos principais desafios contemporâneos interpostos aos profissionais da saúde coletiva.

A necessidade de estudar os determinantes sociais do processo saúde-doença é fator de aproximação da epidemiologia aos conceitos e técnicas oriundos da economia e das ciências humanas. Nesse sentido, é importante incentivar aplicações interdisciplinares envolvendo a epidemiologia com a antropologia, sociologia, geografia e outras áreas do conhecimento visando à construção teórica e o delineamento metodológico dos estudos abordando as influências mútuas entre saúde e desigualdades sociais. No campo da saúde bucal também tem sido crescente a incorporação de estudos na área de epidemiologia social, direta ou indiretamente, focalizando saúde e sociedade (BOING et al., 2006).

Uma primeira diretriz analítica para esses estudos diz respeito às desigualdades sociais que repercutem sobre a incidência de risco para os agravos e sobre o acesso diferencial a serviços, ou mesmo sobre as consequências geradas ou intensificadas pelos diferenciais de saúde. Sob essa perspectiva, desigualdades sociais podem incluir aspectos de ordem cultural, psicológica ou espiritual (BOING et al., 2006). No entanto, para as finalidades a que nos propusemos no presente estudo, desigualdades sociais serão abordadas como se referindo a condições socioeconômicas.

A partir da utilização de diversas bases de dados nacionais, o Ministério da Saúde do Brasil, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, executou um amplo estudo nacional denominado “Análise da Situação de Saúde no Brasil”. O estudo constatou que as profundas mudanças históricas e sociais que a sociedade brasileira vem atravessando ao longo das décadas têm levado a mudanças no perfil epidemiológico no que diz respeito à produção e à distribuição social dos problemas de saúde. Há muito se sabe que saúde e doença, longe de serem fatalidade ou destino, são processos históricos e sociais determinados pelo modo como se vive, se organiza e produz cada sociedade. Foi observado neste estudo que, afora as desigualdades e as iniquidades regionais, urbanas e rurais, intra-urbanas e intra-rurais, os problemas de saúde, sua valoração social e gravidade também se distribuem desigualmente entre mulheres e homens; brancos, negros, amarelos e indígenas; pobres e ricos; jovens e velhos, tanto pelas diferentes origens sociais dos problemas como pela desigualdade de acesso às ações e aos serviços de saúde e às demais políticas sociais. O estudo apontou, entre outros agravos, que as desigualdades sociais têm relação com a determinação dos riscos de morte infantil e nos padrões reprodutivos no Brasil, indicando, ainda, diferenciais no acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2006d).

Tomados aqui os problemas de saúde na dimensão social e coletiva, fica claro que sua superação não é possível apenas mediante decisões de âmbito hospitalar ou de assistência médica, mas depende de políticas públicas de Estado que garantam a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos.

Duarte et al. (2002) observaram que a desigualdade em saúde no Brasil está polarizada nos níveis nacional e intra-regional. A Região Sul apresenta, em geral, indicadores mais favoráveis do que as outras regiões, e com alto grau de homogeneidade, enquanto as regiões Norte e Nordeste, apresentam indicadores predominantemente desfavoráveis. Conforme o estudo, pelo menos três macro-determinantes parecem influenciar os diferenciais em saúde encontrados no Brasil: urbanização, pobreza e aspectos relacionados à organização dos serviços de saúde. A urbanização atua na exposição aos fatores de risco; a pobreza remete às

dificuldades inerentes à obtenção dos meios individuais ou coletivos de saúde e obtenção de bens e serviços ligados direta ou indiretamente à saúde. Por último, os serviços de saúde que podem aumentar ou promover as desigualdades em saúde não somente no que se refere ao acesso, mas também à qualidade dos mesmos.

As condições de saúde bucal também são agravadas pela pobreza, qualidade de vida e desinformação acerca da saúde, além da falta de financiamento e de políticas públicas efetivas voltadas aos cuidados em saúde bucal. Há necessidade de pesquisas para determinar os tipos de ações mais eficazes que visem reduzir a extensão da desigualdade em saúde bucal. Verifica-se um crescente número de estudos na área de epidemiologia social direta ou indiretamente, focalizando saúde e sociedade, revelando piores condições de saúde bucal em populações com baixo nível socioeconômico (PATUSSI et al., 2006).

As pesquisas enfocando as desigualdades na área da saúde bucal são relativamente novas quando comparamos com a área de saúde de forma geral. No caso da cárie, como todas as moléstias que acometem a espécie humana, sua determinação é social, ou seja, sua distribuição nas populações tem relação direta com a forma como se estabelecem as relações de produção nessas sociedades. Em outras palavras, significa dizer que quanto melhores as condições de vida das pessoas, não somente relativas ao consumo de bens, mas ao conjunto de elementos que propiciam adequada qualidade de vida, melhor será sua situação de saúde bucal (RONCALLI, 2008).

Uma constatação óbvia é que, em síntese, as maiores necessidades e a maior parcela de sofrimento se encontram naqueles com menor chance de resolvê-las por seus próprios meios. Historicamente, a atenção odontológica é marcadamente mediada pelas condições socioeconômicas de modo que o acesso aos serviços de saúde bucal é mais um traço de desigualdade, particularmente no caso do Brasil onde as ações de saúde mantidas pelo poder público têm de modo análogo, uma distribuição desigual.

Antes da década de 1990, os dados sobre o acesso da população às ações de saúde bucal eram bastante contraditórios. Falava-se em 5% da população que tinham acesso regular; 15% acesso esporádico e 80% que não tinham acesso, embora as fontes dessas estatísticas nunca foram reveladas. Um primeiro dado consistente surgiu a partir de 1998 quando a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) passou a incorporar um suplemento específico para a saúde, relacionado ao acesso e utilização de serviços de saúde. Entre as informações investigadas, os entrevistados eram indagados sobre a procura por serviço odontológico ao longo da vida bem como sobre a frequência das consultas. A informação que incomodou a maioria das entidades representativas da área da odontologia foi que cerca de 30

milhões de brasileiros nunca havia sentado em uma cadeira de dentista durante toda a vida, o que correspondia a 18% da população na época. A PNAD 2003 mostrou que esses percentuais caíram, embora timidamente. De modo geral, 15,9% da população, ao longo da vida não teve acesso à consulta odontológica (RONCALLI, 2008).

Essa situação se apresenta, certamente, como um dos maiores desafios para qualquer proposta de política pública que se proponha incluyente, igualitária e eficaz. Nitidamente, trata-se de levar atenção odontológica onde ela, historicamente, nunca esteve. Isso, inevitavelmente, não se dará à custa da dinâmica do mercado; só será possível com decisiva intermediação do Estado o que, no caso brasileiro, se traduz na efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009c).

2.2 Equidade e acesso aos serviços de saúde

O tema equidade passa a receber maior atenção na década de 1980. Um dos marcos dessa discussão no campo da saúde é a estratégia "Saúde Para Todos no Ano 2000" formulada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que visa à promoção de ações de saúde baseadas na noção de necessidade destinadas a atingir a todos, independentemente de raça, gênero, condições sociais, entre outras diferenças que possam ser definidas socioeconômico e culturalmente (WHO, 1985).

Apesar de existir um problema terminológico na variedade conceitual de equidade e, em alguns casos, problemas com o significado da expressão, quando utilizado no sentido das desigualdades, percebe-se, de modo geral, que há consenso ou aceitação ampla na literatura da definição formulada por Whitehead (1992). Para a autora, equidade em saúde remete à noção de que, de acordo com os ideais, todos os indivíduos de uma sociedade devem ter justa oportunidade para desenvolver seu pleno potencial de saúde e, no aspecto prático, ninguém deve estar em desvantagem para alcançá-lo. Consequentemente, equidade em saúde refere-se à redução das diferenças consideradas desnecessárias, evitáveis, além de serem consideradas injustas.

Partindo desse princípio, a questão central a ser tratada pelas políticas que almejam equidade em saúde é a redução ou a eliminação das diferenças, que advém de fatores considerados evitáveis e injustos, criando, desse modo, igual oportunidade em saúde e reduzindo as diferenças injustas tanto quanto possível.

Em que pesem as diferenças conceituais e terminológicas, o ponto central da contribuição de Whitehead (1992) é o entendimento das desigualdades em saúde na

perspectiva da justiça social. Assinale-se que o conceito apresentado pela autora implica uma discussão política e de juízo de valor quando incorpora a ideia de justiça no processo de redução das desigualdades evitáveis e desnecessárias. Isso significa dizer que existe mobilidade no conceito de equidade do qual o entendimento que se tem sobre política equânime depende da sociedade à qual se aplica o conceito e do momento ou tempo em que se está pensando a questão. O que se considera injusto ou o que se pretende fazer para reduzir as disparidades sociais pode ter dimensões e valores diferentes para espaços sociais distintos em diferentes momentos.

A autora distingue alguns critérios que classificam as desigualdades em saúde, diferenciando as injustas das que não expressam injustiças, pois não dependem de intervenção ou não apresentam relação causal com as diferenças de classe. Entre os critérios mencionados por Whitehead (1992), são destacados os que ela considera mais consensuais na literatura: (a) o que não define as desigualdades como injustas: variações biológicas naturais; comportamentos perigosos que são escolhas dos indivíduos; vantagens temporárias de um grupo, como saúde, as quais podem ser incorporadas rapidamente por outros grupos; (b) o que define as desigualdades como injustas: comportamentos perigosos nos quais os indivíduos têm pouca escolha em relação ao modo de vida; condições de vida definidas por fatores socioeconômicos; condições de trabalho – exposição a fatores de risco; inadequado acesso aos serviços de saúde ou outros serviços públicos essenciais.

Starfield (2001), mais recentemente, discute o conceito indicado por Whitehead (1992) e propõe a seguinte definição considerada como alternativa para equidade em saúde:

equidade em saúde é a ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspectos do *status* de saúde nos grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, demograficamente ou geograficamente. Equidade nos serviços de saúde implica em que não existam diferenças nos serviços onde as necessidades são iguais (equidade horizontal), ou que os serviços de saúde estejam onde estão presentes as maiores necessidades (equidade vertical) (STARFIELD, 2001, p.645).

De acordo com a autora, a equidade no cuidado à saúde define-se enquanto igualdade de acesso para iguais necessidades, uso igual dos serviços para necessidades iguais e igual qualidade de atenção para todos.

O ganho obtido com a inclusão do debate da justiça social na conformação de políticas mais equânimes é imensurável uma vez que pressupõe tratamento desigual para os que estão em condições de desvantagem abrindo espaço para o que se considera como um tipo de "discriminação positiva", e, conseqüentemente, assumindo os dilemas políticos inerentes ao enfrentamento das largas desigualdades verificadas entre os diferentes grupos populacionais.

Essas análises adquirem força no mundo contemporâneo porque as fragmentações e as diversidades de processos sociais, verificados no mundo globalizado, restringem o espaço das versões homogêneas de vida social. Dessa forma, a noção de igualdade só se completa se compartilhada à noção de equidade. Não basta um padrão universal se ele não comportar o direito à diferença. Não se trata mais de um padrão homogêneo, mas de um padrão equânime (VIANA et al., 2003).

Essa é a essência do debate da equidade em saúde que é aplicado ao problema dos recursos limitados e a forma mais equânime de distribuí-los. O pensamento de que a ausência de saúde pode afetar as oportunidades dos indivíduos de fazer ou ser algo evidencia a importância da reflexão sobre a ideia de justiça social para o caso da saúde. Nesse sentido, é fundamental considerar as diferenças para elaboração de políticas e programas mais efetivos, que deem resposta a problemas específicos e que, conseqüentemente, atuem na redução das desigualdades injustas.

Travassos (1997) considera importante distinguir equidade em saúde de equidade no uso ou consumo de serviços de saúde. Essa distinção, segundo a autora, é importante uma vez que os determinantes das desigualdades no adoecer e no morrer diferem dos determinantes das desigualdades no consumo de serviços de saúde. As desigualdades em saúde refletem, predominantemente, as desigualdades sociais e, em função da relativa efetividade das ações de saúde, a igualdade no uso de serviços é condição importante – porém não suficiente – para diminuir as desigualdades relativas a adoecer e morrer, existentes entre os grupos sociais.

A implementação de políticas equânimes que reconhecem as diferenças (justas ou injustas) atinentes às necessidades implica, portanto, na definição de campos específicos de sua aplicação. Pode-se perceber, pelo menos, três importantes campos na saúde: distribuição de recursos, oportunidades de acesso e utilização dos serviços. Embora se considere que a inclusão do princípio de equidade na formulação de políticas de saúde não garanta, de imediato, a implementação de políticas que resultem em melhores níveis de equidade (na prestação de serviços), esse debate vem alcançando relevância no setor, promovendo importante redefinição nos rumos das políticas de saúde. No primeiro momento, pode-se dizer que a inclusão da equidade ocorreu no plano da formulação das políticas e programas, na garantia do acesso universal aos serviços de saúde. Posteriormente, em sua fase de execução, a equidade passou a ser um dos princípios norteadores da política, seja no aspecto do acesso e utilização do sistema, seja na alocação dos recursos financeiros (TRAVASSOS, 1997).

Com todas as limitações e as dificuldades verificadas no campo da saúde quanto à redução das desigualdades e da identificação dos determinantes específicos desse setor, é

possível dizer que a equidade na alocação e no consumo de serviços de saúde deveria ser uma diretriz própria das políticas, uma vez que se trata de responsabilidade específica do sistema de saúde. Note-se como esses conceitos podem ser operacionalizados para o caso da política de saúde no País que tem como elemento balizador, o atual desenho da implementação do SUS.

2.3 Índice de Desenvolvimento Humano

A necessidade de avaliação permanente da eficiência das políticas públicas (nos níveis federal, estadual e municipal) vem estimulando a criação de instrumentos eficazes para a observação e análise da realidade brasileira. Essa avaliação parte do pressuposto de que só é possível melhorar a qualidade de vida da população se os recursos públicos forem bem aplicados e gerenciados. Para que isso ocorra, é preciso planejar. E só se pode planejar com base em informações que retratem a realidade de municípios, estados e países (BATISTA, 2005).

Durante muito tempo, o Produto Interno Bruto (PIB) e o produto nacional bruto *per capita* foram os principais indicadores utilizados para referir o nível de desenvolvimento de uma região e as condições de vida de sua população. Quanto maiores fossem os valores da razão entre as riquezas geradas por um país e o número de seus habitantes, reconhecer-se-ia como mais elevados o desenvolvimento e a qualidade de vida. Esses cálculos permitem comparações no tempo e no espaço, mas se referem apenas à dimensão econômica e não permitem avaliar desigualdades sociais associadas à concentração da riqueza.

Visando superar essas limitações de estudo, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) publica, desde 1990, em seu Relatório Global de Desenvolvimento Humano, informações relativas ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Sua proposição baseia-se na premissa de que as três principais prioridades de todas as pessoas seriam desfrutar uma vida longa e saudável, dispor de instrução suficiente para escolher diferentes planos de vida e contar com recursos econômicos para satisfazer suas mais importantes necessidades materiais (BOING, 2006).

Seguindo essas indicações, o IDH deveria refletir informações sobre essas três dimensões fundamentais da vida e seus componentes básicos: a longevidade (medida pela esperança de vida ao nascer), a educação (indicada pela taxa de alfabetização de adultos e pela taxa de escolarização bruta combinada no ensino fundamental, médio e superior), e a

renda (medida pelo PIB *per capita* e ajustada ao custo de vida local para torná-lo comparável entre regiões, utilizando a metodologia Paridade do Poder de Compra – PPC).

Para cada uma dessas três dimensões, calcula-se um indicador primário comparando o valor observado para a região com os valores máximo e mínimo das demais regiões participantes da avaliação. O resultado será um número compreendido entre 0 e 1. O IDH será obtido como a média simples dos indicadores das três dimensões e quanto mais próximo de 1 maior será o desenvolvimento humano da região. Em seus relatórios recentes, o PNUD aponta os países com valores abaixo de 0,500 para esse índice como baixo desenvolvimento humano, de 0,500 a 0,799 como médio desenvolvimento humano, e valores iguais ou superiores a 0,800 como sendo de alto desenvolvimento humano (PNUD, 2010; BOING, 2006).

No Brasil, o escritório regional do PNUD associou-se ao Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para elaborar o Mapa do Desenvolvimento Humano no País – uma extensa base de dados de população – com discriminação para as regiões brasileiras, estados e municípios, à qual se pode obter livre acesso por meio de suas páginas na *internet*. No presente estudo, utilizaremos o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) como um indicador socioeconômico do município.

2.4 Saúde bucal no SUS

Na área da saúde, a construção do SUS é um exemplo de luta contra as iniquidades às quais o País não aceita e deseja superar. No cotidiano das cidades e na zona rural, muitas imagens expressam o quanto as desigualdades sociais humilham, degradam e fazem sofrer milhões de pessoas. As condições de saúde bucal e o estado dos dentes são, indubitavelmente, um dos mais significativos sinais de exclusão social (NARVAI et al., 2006).

Seja pelos problemas de saúde localizados na boca, seja pelas imensas dificuldades encontradas para conseguir acesso aos serviços assistenciais, dentes e gengivas registram o impacto das precárias condições de vida de milhões de pessoas em todo o País. A escolaridade deficiente, a baixa renda, a falta de trabalho, a má qualidade de vida, dentre outros fatores, produzem efeitos devastadores sobre gengivas, dentes e outras estruturas da boca. Atingidas fortemente, ocasionam dores, infecções, sofrimentos físicos e psicológicos. Por essa razão, o enfrentamento, em profundidade, dos problemas nessa área exige mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes; requer políticas intersetoriais, a integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação e enfoque na promoção da saúde,

universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do Estado com envolvimento de instituições pertinentes às três esferas do governo como está claramente determinado na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2005c).

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi um processo amplo e democrático ao qual foram colocadas em pauta questões gerais da saúde no Brasil. Pela primeira vez na história das conferências de saúde, foram abordados em profundidade temas e questões específicas que, embora relevantes, sempre estiveram à margem ou foram objeto de análise por pequenos grupos de trabalho em conferências anteriores, tal como foi o caso da saúde bucal.

Como parte do amplo processo que marcou a VIII CNS realizou-se, ainda em 1986, a I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) que discutiu a saúde como direito de todos e dever do Estado; reafirmou a saúde bucal como “parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação”; esboçou um diagnóstico da situação de saúde bucal no País e apontou rumos para a inserção da odontologia no Sistema Único de Saúde que, então, era apenas proposta e sonho, bem como as possibilidades de financiamento das ações. Não sem razão, Volnei Garrafa, coordenador geral da I CNSB, afirmou, na apresentação do Relatório Final, que as proposições aprovadas naquele evento se constituíam no que “de mais democrático e progressista a Odontologia e a Sociedade Civil Organizada do País produziram até esta data sobre saúde bucal” (BRASIL, 1986).

A partir de então, o Ministério da Saúde passa a desenvolver algumas atividades relevantes ao desenvolvimento da saúde bucal no SUS, tais como a execução em 1986 do primeiro levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área de saúde bucal, realizado na zona urbana de 16 capitais, representativas das cinco regiões brasileiras. A pesquisa foi realizada em crianças, adolescentes e adultos obtendo dados relativos à cárie, doença periodontal e acesso a serviços. Em alguns municípios, a partir de 1987, foram introduzidas mudanças significativas no modelo assistencial de saúde bucal em diversos níveis. Entre eles, os espaços de trabalho, os recursos humanos, mudanças para um enfoque mais coletivo, organização da demanda e estruturação de um sistema de informações em saúde bucal, uma assistência mais universal, com várias iniciativas espalhadas pelo Brasil (RONCALLI, 1999).

Em 1989, o governo federal, por meio do Ministério da Saúde, instituiu um programa nacional centralizado e vertical: a 1ª Política Nacional de Saúde Bucal e um Programa de

Prevenção da Cárie Dentária. Ambos se contrapondo à unificação e descentralização do sistema de saúde que, naquele contexto, se constituía em exigência fixada pela Constituição da República, promulgada em 1988 (NARVAI; FRAZÃO, 2008). Ambas as propostas foram referências nacionais para a área até 2004, apesar do descrédito em relação a esse documento.

“A Saúde Bucal como um Direito de Cidadania” foi o tema central da II CNSB realizada em 1993 em uma conjuntura nacional marcada pela perspectiva de ampla revisão da Constituição de 1988, inclusive do artigo 196, que consagra a “saúde como direito de todos e dever do Estado”, e por eleições presidenciais no ano seguinte. Essa segunda conferência, específica sobre saúde bucal, esteve articulada à IX Conferência Nacional de Saúde (1992), cujas discussões se voltaram, principalmente, aos problemas decorrentes da resistência do governo federal em efetivar a mais ampla e democrática participação da sociedade nas decisões e processos de gestão do SUS e ao avanço na descentralização das ações e serviços. Na apresentação do relatório final do evento, Swedenberger Barbosa, coordenador geral, assinala que a II CNSB se desenvolveu “numa difícil conjuntura nacional” e que os delegados e participantes “pronunciaram-se deixando clara a sua indignação com o projeto neoliberal em curso no Brasil, responsável pelo desmonte do Estado, da Seguridade Social e pela piora das condições de vida”. Caracterizando a situação da saúde bucal no País como “iatrogênica, excludente e ineficaz”, Swedenberger Barbosa responsabilizou, por esta situação, os governos “nos diferentes níveis por serem, com raras exceções, representantes do grande capital e não terem compromisso social” (BRASIL, 1993).

Na Carta da II CNSB, o texto que abre o documento com as deliberações do evento, afirmava que “o pensamento e a prática neoliberais modernistas, que assolam o mundo, atingem de maneira drástica o Brasil. A recessão, o desemprego, o arrocho salarial, a fome, a miséria, a falta de saneamento e moradia são resultados da política do ‘Estado Mínimo’ que vem desmontando os serviços públicos e comprometendo brutalmente as garantias mínimas de cidadania”.

A II CNSB aprovou diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal no País, reconhecendo-a como “direito de cidadania” e indicando as características de “um novo modelo de atenção em saúde bucal” e dos recursos humanos necessários, propondo formas para o financiamento e o controle social por meio dos Conselhos de Saúde e ainda defendendo a descentralização das ações “com garantia de universalidade do acesso e equidade da assistência odontológica, interligados a outras medidas de promoção de saúde de grande impacto social”. Entretanto, os delegados alertaram também para a possibilidade de não se

concretizarem as proposições apresentadas pela II CNSB, tendência que deveria ser revertida, segundo esses representantes, com muita.

Luta junto aos Conselhos de Saúde para que absorvam as resoluções como diretrizes políticas e que, a partir daí, definam as prioridades e os programas locais; luta através do Ministério Público para que se cumpra a Constituição quanto ao dever do Estado de proporcionar Saúde; luta junto aos Governos Estaduais e Municipais para que incluam a Saúde Bucal entre as ações de saúde (BRASIL, 1993).

No período entre 1993 e 2004, foram realizadas duas conferências nacionais de saúde (a X CNS em 1996 e a XI CNS em 2000) sem que a elas se vinculasse alguma conferência específica de saúde bucal.

Em 1994, o Ministério da Saúde, focado no processo então iniciado de reorganização do modelo de atenção em saúde, estabelece o Programa de Saúde da Família.

Em 1996, visando um referencial para o desenvolvimento das ações preventivas do SUS é realizado o segundo levantamento epidemiológico nas 27 capitais brasileiras na população de 6 a 12 anos, gerando dados relativos à cárie dentária (BRASIL, 1996).

Com o advento da Norma Operacional Básica (NOB 96), a lógica de financiamento das ações básicas em saúde mudou. Anteriormente, eram feitas mediante pagamento por produção, depois, tornou-se pagamento *per capita*, pelo Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e um montante variável, segundo a implementação de determinados programas pagos pelo PAB variável (BRASIL, 1997). Em muitos municípios brasileiros, assistiu-se a um significativo esforço na direção da universalização da AB à saúde bucal. Ao mesmo tempo, limitações relativas à integralidade das ações, foram identificadas. O PAB contribuiu para aumentar a capacidade de gestão local e propostas de planejamento e emprego de recursos com base nas necessidades locais. (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Em 1998, A PNAD revelou que quase 30 milhões de brasileiros nunca tiveram acesso a qualquer serviço odontológico. Essa constatação da realidade somou-se ao processo de discussão que vinha sendo travado pelas entidades odontológicas e Conselhos de Saúde, desde 1994 e culminou com a inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família, por meio da Portaria GM/MS 1444 de 28 de dezembro de 2000 que definiu os incentivos à saúde bucal do Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2000) e a Portaria GM/MS 267, de 06 de março de 2001, que regulamenta a Portaria nº 1444, definindo as diretrizes e normas da inclusão das ações de saúde bucal no PSF (BRASIL, 2001b).

No ano 2000, o Ministério da Saúde iniciou a discussão sobre a realização de um amplo levantamento epidemiológico que avaliasse os principais agravos em diferentes grupos etários e que incluísse tanto a população urbana quanto a rural, cujos resultados foram

apresentados em 2003 tendo sido o maior levantamento epidemiológico em saúde bucal já executado no Brasil e que possibilitou o planejamento e culminou com a instituição do Programa Brasil Sorridente (BRASIL, 2005b).

Em 2002, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), aprovada pela Portaria nº 373/GM, de 27 de fevereiro de 2002, traz as ações de saúde bucal como uma das integrantes das áreas estratégicas da AB e apresenta 3 indicadores de saúde bucal como componentes do Pacto de Atenção Básica: Cobertura de 1ª Consulta, Cobertura de Procedimentos Coletivos na População de até 14 anos e Proporção de Exodontias de Dentes Permanentes em relação aos Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais (BRASIL, 2002).

Em relação à saúde bucal no âmbito da Estratégia da Saúde da Família, a Port. nº 673/GM, de 3 de julho de 2003, estabelece que, a critério do gestor municipal, os municípios podem implantar quantas Equipes de Saúde Bucal (ESB) forem necessárias desde que não se ultrapassasse o número existente de Equipes de Saúde da Família (ESF). Inicialmente, cada ESB era referência para duas ESF; a partir dessa Portaria, o MS passou a financiar as ESB na proporção de 1:1 em relação às ESF (BRASIL, 2003b).

Identificar os principais problemas do País na área da saúde bucal, buscar meios e recursos bem como definir estratégias para superá-los, foi o desafio colocado aos participantes da III Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) nas diferentes etapas de um amplo processo de discussões que se desenvolveu em todo o País no período de março a julho de 2004.

O tema central da III CNSB, “Saúde bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social”, foi debatido a partir de quatro eixos temáticos: (1) Educação e Construção da Cidadania; (2) Controle Social, Gestão Participativa e Saúde bucal; (3) Formação e Trabalho em Saúde Bucal; e (4) Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal (BRASIL, 2005c).

O documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” que lançou o “Programa Brasil Sorridente, definido no âmbito do governo Lula e vigorando até os dias atuais, teve a aprovação do Conselho Nacional de Saúde, do Conass, Conasems e, no âmbito geral da sociedade, contou, também, com a participação de delegados da 3ª CNSB que debateram e apresentaram propostas. Apresenta-se sob o título “Ampliação do acesso à atenção em saúde bucal” e busca reorientar o modelo de atenção, envolvendo os 3 níveis de gestão (municipal, estadual e federal). Esse modelo é pautado em pontos que destacamos a seguir: garantia de uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços;

integralidade das ações; definição de uma política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal do SUS; definição de agenda de pesquisa científica e incentivo ao desenvolvimento de novos produtos e tecnologias que favoreçam à expansão dos serviços em todos os níveis de atenção. O elenco das medidas a serem empreendidas, compreende: fluoretação das águas; educação em saúde; higiene bucal supervisionada e uso de flúor tópico em ações coletivas; priorização de tratamentos conservadores, buscando a manutenção dos elementos dentários; reabilitação parcial ou total das capacidades perdidas (BRASIL, 2004).

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) têm sido uma iniciativa capaz de oferecer visibilidade técnica e política ao Programa Brasil Sorridente. Trata-se de unidades de referência para as equipes de saúde bucal da AB que oferecem procedimentos clínicos complementares como: endodontia, periodontia e cirurgias.

Sabe-se que inserir atenção em saúde integral e com qualidade para todos tem sido considerada uma utopia até mesmo nos países mais ricos e desenvolvidos. Levar em consideração as condições socioeconômicas das localidades e avaliar a associação com as condições de saúde bucal torna-se particularmente importante para a formulação de políticas de saúde direcionadas a reduzir desigualdades em saúde, sobretudo no acesso e utilização dos serviços (FERNANDES; PERES, 2005).

Apesar do avanço representado pelo Programa Brasil Sorridente, é evidente que os investimentos nessa área estão muito aquém do necessário para atender às necessidades dos brasileiros, sobretudo dos adultos. Em muitas localidades, incluindo municípios do Estado de Goiás, predominam nos serviços públicos, ações dirigidas, prioritariamente, ao controle de dores e infecções para os adultos e, apenas para as crianças, serviços odontológicos mais diversificados.

A expansão das ações financiadas por recursos do orçamento da Saúde continua sendo, em todos os níveis de governo, muito lenta. A omissão do Estado brasileiro e a negação na prática da saúde bucal como um “direito do cidadão e um dever do Estado” vêm abrindo espaço para a ampliação dos “planos odontológicos” (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2008), as empresas com planos exclusivamente odontológicos cobriam, até no ano 2000, 2.757.935 brasileiros. Esse número elevou-se para 8.590.076 em 2007. Em Goiás, a cobertura da população com esse tipo de plano é de 2,5% e de 9,7% com planos de assistência médica com ou sem assistência odontológica. Esses dados realçam a importância estratégica da inserção da saúde bucal no SUS.

Estima-se que cerca de 70% a 80% dos gastos em saúde bucal continuam sendo financiados, em âmbito privado, para atender 20% a 30% da população. Os demais, 20% a 30% dos gastos, empregados para financiar ações e serviços vinculados ao SUS, são utilizados por cerca de 70% a 80% da população brasileira que depende, exclusivamente, dos serviços públicos (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

2.5 Pactuação de Indicadores no SUS

2.5.1 Pacto de Indicadores da Atenção Básica

Após 20 anos do processo de institucionalização do SUS, verifica-se grande evolução da sua implantação e implementação em relação aos processos de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde. O processo de descentralização do sistema de saúde ampliou o contato do SUS com a realidade social, política e administrativa do País, com as regiões e municípios, respeitando as especificidades loco-regionais. Os gestores foram colocados frente aos desafios na busca de superação da fragmentação das políticas e programas de saúde por meio da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão.

O processo de descentralização do SUS, impulsionado em 1988 com a implantação do Piso de Atenção Básica (PAB), modificou, profundamente, a face da gestão das ações e serviços no setor da saúde no Brasil. Com o objetivo de orientar o processo de avaliação e monitoramento da Atenção Básica no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde formulou a proposta de desenvolvimento de pactos de gestão com as SES e as SMS. O Pacto de Indicadores da Atenção Básica foi, então, concebido como um instrumento nacional de monitoramento das ações e serviços de saúde referentes à atenção básica, sendo instituído pela Portaria GM/MS 3.925 de 1998 que aprovou o “Manual para Organização da Atenção Básica (BRASIL, 1998). A partir de então, a cada ano, foram sendo publicadas, por meio de portarias específicas, as orientações para o processo de pactuação e a relação de indicadores a serem pactuados pelos gestores.

O fortalecimento da Atenção Básica fomentado nos últimos anos, expresso pela significativa expansão da Estratégia Saúde da Família, tem exigido constantes esforços no sentido de dirigir ações, iniciativas e projetos para o aperfeiçoamento de sua qualidade. Nesse sentido, a avaliação demonstrou ser um recurso indispensável na identificação dos horizontes a serem conquistados. O monitoramento dos indicadores da Atenção Básica é de suma

importância, uma vez que contribui para seu fortalecimento no País à medida que apresenta resultados úteis e interessantes para os três níveis de gestão do SUS. Esse processo propicia duas vertentes importantes de reflexão: por um lado, sobre os necessários ajustes no planejamento e organização das ações para alcance de resultados esperados para cada indicador; numa outra vertente, por outro, sobre os esforços que devem ser feitos para aperfeiçoamento dos processos de pactuação, tornando-os cada vez mais integradores, participativos e dinâmicos, embasados na capacidade de gestão e avaliação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (BRASIL, 2008b).

2.5.2 Pacto pela saúde

O Ministério da Saúde, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) coordenaram o processo de construção do Pacto pela Saúde em suas três vertentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. Trata-se de um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade nas respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

O Pacto pela Saúde representa mudanças significativas para a execução do SUS. A pactuação foi firmada pelos três gestores do sistema em reunião da Comissão Intergestora Tripartite (CIT), de 26/01/2006, aprovado no CNS, em 09/02/2006 e publicado em Portaria GM/MS Nº 399, de 22/02/2006 (BRASIL, 2006a).

Conforme estabelecido, o processo de monitoramento dos pactos deve seguir às seguintes diretrizes: ser um processo permanente para as esferas de governo; ser orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem o respectivo Termo de Compromisso de Gestão (TCG); estabelecer um processo de monitoramento dos cronogramas pactuados nas situações onde os municípios, estados e DF não tenham condições de assumir plenamente suas responsabilidades no momento da assinatura do TCG e desenvolver ações de apoio para a qualificação do processo de gestão (BRASIL, 2006a).

O Pacto pela Saúde é uma tentativa de superar a fragmentação das políticas e programas de saúde; de organizar uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde e de qualificar a gestão, reconhecendo a autonomia dos entes federados. Sua

implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG) que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação (Brasil, 2010).

A Portaria MS/GM nº 91, de 10 de janeiro de 2007, instituiu o processo de pactuação de indicadores unificando o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, a Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPIVS) bem como os indicadores propostos no Pacto pela Saúde. Essa portaria tornou obrigatória a pactuação dos indicadores para as três esferas de governo e a apresentação do Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde como anexo aos TCG (BRASIL, 2007a).

A unificação dos processos de pactuação dos indicadores, conforme previsto no Pacto pela Saúde, possibilitou o desenvolvimento de um processo de avaliação, de forma articulada, em torno do objetivo de fortalecer a cultura de monitoramento e avaliação das políticas de saúde. Essa experiência permite identificar fragilidades e sinalizar propostas de enfrentamento e superação das mesmas no sentido de melhorar o processo de definição de prioridades, objetivos, metas e indicadores do Pacto pela Vida nos próximos anos (BRASIL, 2010).

2.6 Indicadores de saúde bucal

A Portaria nº 21, de 5 de janeiro de 2005 (BRASIL, 2005a), destaca que o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica constitui instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde referentes a esse nível de atenção e constitui base para negociação de metas com vistas à melhoria no desempenho dos serviços da atenção básica e situação de saúde da população a serem alcançadas por municípios e estados, tendo como referencial legal, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) SUS 01/2002, aprovada pela portaria nº 373/GM, de 27 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002) e pela Portaria nº 384/GM, de 04 /04/2003 (BRASIL, 2003a.).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 493 que aprovou a relação de Indicadores da AB-2006 para serem pactuados entre municípios, estados e o MS, definiu, para a área de saúde bucal, dois indicadores principais (Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática e Cobertura da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada) e dois indicadores complementares (Média de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais e Proporção de Procedimentos Odontológicos Especializados em relação às Ações Odontológicas Individuais). Tais indicadores constituíram em instrumento nacional

de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde bucal referente à atenção básica (BRASIL, 2006b).

A equipe de saúde, juntamente com os Conselhos Locais de Saúde, deve assimilar esses indicadores e interpretá-los periodicamente; assim como os gestores locais e as diferentes esferas de governo. Conforme a necessidade dos municípios, esses devem discutir e pactuar, junto à população e aos profissionais de saúde bucal, outros indicadores com vistas à melhoria no desempenho dos serviços da atenção básica e situação de saúde dessa população.

Os indicadores da Atenção Primária em saúde bucal visam subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e avaliar necessidades de ampliação das ações preventivas e de promoção da saúde bucal nos municípios. Entretanto, podem apresentar algumas limitações como, por exemplo, inconsistências nos registros dos procedimentos realizados no Boletim de Produção Ambulatorial (BPA/SIA/SUS), sendo necessário que estados e municípios se organizem para melhorar os registros, realizando-os de forma adequada (FISHER, 2008).

Os quatro indicadores de saúde bucal, segundo a Portaria nº 493/GM, de 10 de março de 2006 (BRASIL,2006b) são definidos como:

- **Cobertura de primeira consulta odontológica programática** – percentual de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática, realizada com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um Plano Preventivo-Terapêutico (PPT), para atender as necessidades detectadas.
- **Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada** – percentual de pessoas que participaram da ação coletiva de escovação dental supervisionada. Tal ação é dirigida, necessariamente, a um grupo de indivíduos e não à ação individual em que as atividades educativas são realizadas no âmbito clínico para uma única pessoa. Expressa o percentual de cobertura correspondente à média de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional treinado, considerando o mês ou meses em que se realizou a atividade em determinado local e ano visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente, a cárie e doença periodontal.
- **Média de procedimentos odontológicos básicos individuais** – consiste no número médio de procedimentos odontológicos básicos, clínicos e/ou cirúrgicos, realizados por indivíduo, na população residente em determinado local e período. Possibilita análise comparativa com dados epidemiológicos, estimando-se, assim, em que medida os serviços odontológicos básicos do SUS estão respondendo às necessidades de assistência odontológica básica de determinada população.

- **Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais** – consiste na proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às demais ações odontológicas individuais realizadas no âmbito do SUS. Possibilita a análise comparativa com dados epidemiológicos, estimando-se em que medida os serviços odontológicos do SUS estão respondendo às necessidades da população aos serviços odontológicos especializados; o grau de atenção e a integralidade do cuidado.

Em 2007, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 91/GM, estabeleceu apenas três indicadores a serem pactuados pelos municípios para a área de saúde bucal, retirando a Proporção de Procedimentos Odontológicos Especializados em relação às Ações Odontológicas Individuais (BRASIL, 2007a). Em 2008, nova alteração foi realizada na pactuação dos indicadores de saúde bucal, por meio da Portaria nº 325/GM/MS, considerando apenas dois indicadores de atenção básica para a saúde bucal, sendo um principal: Cobertura de Primeira Consulta Programática; e um complementar: Cobertura de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada (BRASIL, 2008a). Ficaram mantidas para 2009, por meio da Portaria nº 48/GM/MS, as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, definidos pela Portaria nº 325/GM (BRASIL, 2008a).

Em 3 de novembro de 2009, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 2669, que estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde nos componentes pela Vida e de Gestão, bem como as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011, retirou os dois indicadores específicos da área de saúde bucal (BRASIL, 2009b).

3 JUSTIFICATIVA

A informação para a gestão em saúde vem adquirindo relevância a partir da necessidade de se buscar maior eficácia e transparência das políticas públicas que permitam mudanças na relação Estado-Sociedade.

Apesar das várias iniciativas em incorporar aos três níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal) ações que enfatizem a importância da produção e uso da informação como forma estratégica no fortalecimento da vigilância da saúde, a assimilação dessas práticas nas rotinas dos serviços ainda é pequena. No Estado de Goiás, esse fato é notado, desde o nível municipal, com a ausência de alimentação de dados nos sistemas de informação e desconhecimento das metas pactuadas na área de saúde bucal, pelo município, até o nível estadual, com a falta de acompanhamento desses indicadores de modo contínuo, como forma de monitoramento e avaliação das ações.

É consenso na literatura que a condição socioeconômica influencia no processo saúde-doença. Porém, como esses indicadores se correlacionam nesse processo e como outros aspectos relacionados à fluoretação, à organização dos serviços odontológicos municipais, aos recursos federais aplicados na área de saúde bucal do município têm influenciado os indicadores da AP em saúde bucal, é um conhecimento que ainda não está disponível no Estado de Goiás.

Junqueira et al. (2006), pesquisando como os indicadores sociais modificam os serviços odontológicos no Estado de São Paulo na década de 1990, concluíram que nos municípios com piores indicadores de saúde, havia um maior direcionamento dos recursos públicos e materiais para suprir necessidades da população, efetivando-se um princípio do SUS que é o da equidade.

Tendo como área de concentração desta pesquisa, a Vigilância em Saúde, é importante situar como essa busca contribuir nesse sentido. A Vigilância em Saúde, entendida como uma forma de pensar e agir, tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes. Constitui-se em um espaço de articulação de conhecimentos e técnicas oriundos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais, sendo, pois, um referencial para mudanças do modelo de atenção. Deve estar inserida cotidianamente na prática das equipes de saúde da Atenção Básica (BRASIL, 2007b).

O termo Atenção Básica é utilizado para designar um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. No Brasil, o termo Atenção Básica é frequentemente utilizado como sinônimo de Atenção Primária (BRASIL, 1998).

Assim, esta pesquisa tem a intenção de servir como instrumento a ser utilizado na implementação da Vigilância em Saúde Bucal no Estado de Goiás, entendendo como vigilância, uma forma de organização da prestação do cuidado à saúde da população. Com o intento de propiciar informação para a ação, acredita-se que este estudo contribuirá para o fortalecimento das Políticas de Saúde Bucal, bem como subsidiar às futuras propostas de intervenção, visando a melhoria e a organização da APS nos municípios goianos.

4 PERGUNTA CONDUTORA

Quais são as associações entre os indicadores da atenção primária em saúde bucal e as condições socioeconômicas, fluoretação, provisão de serviços odontológico e alocação de recursos federais para a área de saúde bucal nos municípios do Estado de Goiás?

5 OBJETIVOS

5.1 Geral

Identificar as associações entre indicadores de atenção primária em saúde bucal do SUS e as condições socioeconômicas, fluoretação, provisão de serviços públicos odontológicos, alocação de recursos financeiros federais para a área de saúde bucal nos 246 municípios do Estado de Goiás, nos anos de 2006, 2007 e 2008.

5.2 Específicos

- Descrever o desempenho dos indicadores de atenção primária em saúde bucal dos municípios goianos nos anos de 2006, 2007 e 2008 em relação às metas pactuadas;
- Verificar as associações encontradas entre os indicadores de saúde bucal e os demais indicadores estudados;
- Distribuir os indicadores, especialmente, por meio de mapas temáticos.

6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo realizado seguiu modelo transversal de abordagem ecológica. Os estudos ecológicos são aqueles que utilizam medidas aferidas para grupos de população e não para indivíduos. Neles, a descrição e a análise são referidas à média de exposição e à prevalência nas unidades geopolíticas consideradas e apresentam menor custo, simplicidade analítica e fácil condução do ponto de vista ético, sendo extremamente úteis para a avaliação de políticas, programas e intervenções em saúde (PERES; ANTUNES, 2006).

Foram utilizadas informações dos 246 municípios do Estado de Goiás no período de 2006-2008 relativas aos serviços da atenção primária à saúde bucal e indicadores socioeconômicos, demográficos, de fluoretação e de provisão de serviços odontológicos. Esse banco de dados foi constituído por dados secundários oficiais, sistematizados para subsidiar o diagnóstico situacional da população e dos serviços odontológicos municipais.

Segundo levantamento do IBGE, em 2007, Goiás contava com uma população estimada em 5.840.650 habitantes, ocupando uma área de 340.086.698 Km².

As variáveis dependentes, levantadas neste estudo, referem-se aos indicadores da assistência odontológica na atenção primária. Os dados aqui apresentados foram colhidos em fevereiro de 2010 e são provenientes do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) disponível no DATASUS, cujo documento básico é o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) preenchido pelas unidades ambulatoriais dos municípios, contendo o número de atendimentos realizados por tipo de procedimento. São eles:

- **Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática (COB)** – avalia o acesso da população aos serviços de saúde bucal e possibilita análises sobre a cobertura da população.
- **Média de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais (POBI)** – estima em que medida os serviços odontológicos do SUS estão respondendo às necessidades básicas de determinada população.
- **Proporção de Exodontias na Dentição Permanente em relação ao total de Procedimentos Odontológicos Individuais (EXO)** – mostra o grau de mutilação da assistência odontológica no âmbito municipal que deveria ser, em sua maioria, restaurador, conservador e preventivo. Apesar de esse indicador não mais constar no Pacto desde 2006, optou-se por incluí-lo no estudo, por tratar-se de um importante instrumento de medida do modelo de atenção adotado pelo município considerando o

valor pactuado em 2005, quando ele ainda fazia parte do rol de indicadores pactuados. Ele foi proposto pela Portaria GM/MS nº 373 e é calculado dividindo-se o total de exodontias de dentes permanentes pelo total de procedimentos odontológicos básicos individuais realizados em determinado local e período (BRASIL, 2002).

Optou-se nessa pesquisa, por não trabalhar com o indicador de Cobertura da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada, pois verificou-se, após a montagem do Banco de Dados, que tal indicador apresentou falhas, como falta de continuidade no registro e resultados exorbitantes em vários municípios, denotando inconsistência dos dados e falta de confiabilidade nos mesmos.

As variáveis independentes (explicativas), levantadas neste estudo foram:

- **População do município** – obtida por meio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), relativa ao censo demográfico de 2000 e estimada para os anos seguintes.
- **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)** – referente ao ano de 2000, publicado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).
- **Presença de flúor na água de abastecimento urbano e Anos de fluoretação das águas** – informações obtidas junto à empresa de saneamento do estado de Goiás (SANEAGO).
- **Número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF)** – dado público para livre acesso (DATASUS).
- **Recurso financeiro federal aplicado no município para o pagamento das Equipes de Saúde Bucal na ESF** por meio do PAB Variável, de acordo com o cadastro no SIAB (DATASUS).
- **Razão entre o número de dentistas cadastrados no serviço público no município, por mil habitantes** – dados fornecidos conforme cadastro no CNES-Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (DATASUS).

As variáveis independentes caracterizam a condição socioeconômica da população, assim como aspectos de oferta de serviços odontológicos municipais e investimentos de recursos federais para a atenção básica em saúde bucal. As variáveis dependentes refletem o resultado das políticas públicas relacionadas à saúde bucal, adotadas nos municípios e, neste, estudo, representadas pelos indicadores de saúde bucal da atenção primária.

Criou-se um banco de dados no *Excel* com todas as variáveis citadas acima, o qual foi importado para o programa estatístico SPSS versão, 13.0 para *Windows*, foram calculadas as

médias dos três anos levantados das taxas dos indicadores pesquisados, com o intuito de minimizar a possível influência de variações aleatórias. Em seguida, foi realizada a estatística descritiva de todas as variáveis: frequência, média, mediana, desvio-padrão, valores mínimo, máximo e os percentis.

Usando o Teste de Kolmogorov-Smirnov, constatou-se que as variáveis não obedeciam à distribuição normal. O que levou à opção pelo teste não paramétrico de correlação de Spearman para a verificação de correlação das variáveis dependentes entre si e entre as variáveis independentes (análise bivariada) para um nível de significância de 5%. Posteriormente, foi feita análise de regressão logística pelo aplicativo SPSS para delinear modelos estatísticos que apontem quais as variáveis independentes que interferem nas dependentes, avaliando o sentido e a magnitude dessas associações. Nessa etapa, todas as variáveis foram transformadas em dicotômicas e submetidas ao teste do Qui-Quadrado e também calculados os valores de Odds Ratio (OR).

As três variáveis dependentes foram dicotomizadas segundo o critério de alcance ou não das metas estabelecidos no Pacto; as independentes foram divididas em duas categorias segundo o valor da mediana.

As distribuições dos indicadores de atenção nos 246 municípios goianos foram ilustradas em mapas do Estado de Goiás, utilizando o programa *Terraview* 3.2.0.

Foram construídos mapas coropléticos temáticos segundo a distribuição em quartis das variáveis dependentes e segundo o alcance das metas pactuadas. Foi calculado o Índice Global de Moran para a verificação da dependência espacial dessas variáveis com nível de significância espacial de 5%. Este índice serve para estimar quanto o valor observado de um atributo numa região é dependente dos valores desta mesma variável nas localizações vizinhas, a partir de uma hipótese nula de independência espacial. Varia de -1 a 1 e quanto mais próximo de 1 maior a dependência espacial (CARVALHO et al.,2004).

7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi realizado, utilizando dados secundários de livre acesso contidos nas bases de dados do Ministério da Saúde (disponível no *site* DATASUS), tais como: SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica); SIA-SUS (Sistema de Informação Ambulatorial) e SIOPS (Sistema de Informação em Orçamento Público em Saúde).

Foram, também, coletados outros dados secundários como: População dos municípios goianos (*site* IBGE); Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) (disponível no *site* do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano (PNUD)); Número de Cirurgiões Dentistas cadastrados no serviço público de saúde no município (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), disponível no *site* do DATASUS).

Os dados relativos à água de abastecimento público (tratada e fluoretada) foram obtidos junto à SANEAGO. Para a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ foi apresentada a carta de anuência da referida empresa, já que os dados não são de domínio público.

8 RESULTADOS

Os resultados dessa pesquisa limitam-se às informações advindas dos sistemas de informações do SUS, permitindo inferências apenas para a população dependente desse sistema. Em relação à distribuição da população, 25% dos municípios possuem até 3.580 habitantes e 75%, até 15.535, o que permite caracterizar a maioria dos municípios de Goiás como de pequeno porte conforme se pode perceber na Tabela 1.

A Tabela 1 apresenta a estatística descritiva de todas as variáveis estudadas, segundo sua distribuição em quartis, medidas de tendência central e de dispersão. Houve perda de informações referentes a 12 municípios no tocante ao indicador da Proporção de Exodontias em Relação aos Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais (EXO) em virtude da ausência de registro desse dado e de 4 municípios quanto ao IDH-M, pois em 2000, esses municípios ainda não haviam sido criados. Os dados relativos aos indicadores da atenção básica são referentes às médias dos três anos levantados: 2006, 2007 e 2008 com o intuito de minimizar a possível influência de variações aleatórias e sistemáticas.

Tabela 1: Estatística descritiva dos Indicadores da Atenção Primária em Saúde Bucal e Indicadores Sociais e de Oferta de Serviços Públicos Odontológicos nos Municípios do Estado de Goiás no período 2006-2008

	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	P25	P75
Cobertura 1ª Consulta Odont. Programática	246	17,00	12,58	14,32	0	83,81	7,66	21,74
Média Proc. Odontol. Base. Individuais	246	0,79	0,60	0,71	0	4,69	0,33	1,06
Prop. Exodontias/ Proc. Odont. Básicos Indiv.	234	11,07	6,87	21,23	0,44	301,26	4,68	12,45
Índice de Desenv. Humano Mun. IDH-M	242	0,73	0,73	0,03	0,60	0,83	0,71	0,75
População Urbana Beneficiada pelo Fluor (%)	246	64,33	88,36	40,49	0	100	0	93,82
Anos com Fluoretação	246	7,21	9	6,75	0	22	0	14
Equipes Saúde Bucal	246	2,78	1,5	3,88	0	32	1	3
Repasses Financeiros	246	63.356,26	35.733,33	84.677,57	0	729.900,00	21.233,33	64.758,3
CD SUS /1000 hab.	246	0,36	0,32	0,25	0,03	2,41	0,23	0,43
População DATASUS 2007	246	23.742,48	6.141	89.364,25	690	1.239.651	3.580,25	15.535,5

O IDH-M apresenta-se como valor superior de 0.834 no município de Chapadão do Céu, seguido de Goiânia, capital do Estado com 0,832, ordenando o Estado de Goiás na 9ª colocação no *ranking* nacional. Em relação aos indicadores de serviço de saúde bucal na atenção primária, observou-se o valor mínimo de “zero” para as variáveis de Cobertura de Primeira Consulta (COB) e Média de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais (POBI); valores médios de COB, 17; POBI, 0,79 e de 11,07 para a Proporção de Exodontias em Relação aos Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais (EXO). De acordo com os dados levantados de 2006 a 2008, 180 municípios (73,17%) possuem, na área urbana, o abastecimento de água com flúor e os outros 66 (26,83%) não recebem a água fluoretada sendo 7,2 anos a média de recebimento desse benefício (Tabela 1).

Quanto à variável Número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF), a média foi de 2,78 por município com valores variando entre o mínimo e o máximo de 0 a 32, respectivamente. Já para média do Repasse Financeiro, destinado ao pagamento das ESB, encontrou-se o valor médio de R\$ 63.356,26 por ano, por município. A variável relativa ao Número de cirurgiões dentistas por mil habitantes cadastrados no serviço público dos municípios apresentou variação de 0,03 a 2,41 (Tabela 1).

Na tabela 2, a matriz de correlação de todas as variáveis revela-se negativa entre Proporção de Exodontias e Cobertura de Consultas Odontológicas: quanto maior a cobertura, menor a proporção de exodontias no município. Tal padrão se repete, ao comparar a Média de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais com a Proporção de Exodontias. Essa variável apresenta correlação negativa com todas as variáveis do estudo, sendo o nível de significância menor do que 0,01 para a correlação com o IDH-M e com a População Urbana Beneficiada pelo Flúor.

Tabela 2: Correlação entre Indicadores da Atenção Primária em Saúde Bucal e Condições Socioeconômicas e de Oferta de Serviços Públicos Odontológicos nos Municípios do Estado de Goiás no período 2006-2008.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
COB (A)	1	0,57**	-0,19**	0,03	-0,04	-0,15*	0,00	0,04	0,29**	-0,16*
POBI (B)		1	-0,47**	0,09	0,05	-0,04	0,09	0,11	0,46**	-0,25**
EXO (C)			1	-0,20**	-0,19**	-0,11	-0,17*	-0,12	-0,17*	-0,04
IDH-M(D)				1	0,18*	0,44**	0,23**	0,14*	0,13*	0,28**
População Urbana Beneficiada pelo Flúor (E)					1	0,51**	0,13*	0,07	-0,05	0,15*
Anos Flúor (F)						1	0,42**	0,38**	-0,16*	0,52**
Equipes Saúde Bucal (G)							1	0,92**	-0,08	0,69**
Repasse Financeiros (H)								1	-0,05	0,66**
CD SUS/1000hab (I)									1	-0,50**
População DATASUS 2007(J)										1

Teste de Spearman *Nível de significância < 0,05 **Nível de significância < 0,01

Observou-se uma correlação positiva importante entre a Cobertura de 1ª Consulta e a Média de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais com $p < 0,01$, bem como desses dois indicadores com o número de Dentistas Cadastrados no Serviço Público também com $p < 0,01$. A correlação negativa de $-0,25$ ($p < 0,01$) foi encontrada entre o indicador de serviço odontológico POBI e a População do Município; quanto maior o município, menor a capacidade do serviço em atender as necessidades da população.

Ficou registrado na Tabela 2 que quanto maior a população do município, maior o tempo do benefício do flúor na água; maior o número de ESB e maiores os Repasses Financeiros Federais para o custeio dessas equipes. Conforme aumenta a população municipal diminui o número de C.D's cadastrados por habitante ($p < 0,01$). A maior correlação encontrada (0,92) foi entre as variáveis de número de ESB e o Recurso Financeiro recebido do nível federal para o custeio dessas equipes ($p < 0,01$) e, quanto maior a população do município, maior o número de ESB na Estratégia de Saúde da Família.

A distribuição dos três indicadores de Atenção Primária em Saúde Bucal neste estudo, depois de transformados em variáveis dicotômicas, quando comparadas aos valores pactuados pelo Estado de Goiás, no período levantado, mostraram os seguintes resultados: para os

indicadores Cobertura de Primeira Consulta (COB), 52,8% dos municípios atingiram o valor pactuado pelo Estado de 12% de cobertura; em relação à média de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais (POBI) 11% dos municípios atingiram o valor pactuado de 1,5 procedimento por habitante; quanto à Proporção de Exodontias da Dentição Permanente em relação ao total de procedimentos odontológicos individuais (EXO); a partir do ano de 2007 não houve pactuação para esse indicador, por isso foi considerado o valor pactuado em 2005, de 7,5%, sendo que 51,6% atingiram essa meta. Esses resultados podem ser observados na Figura 1.

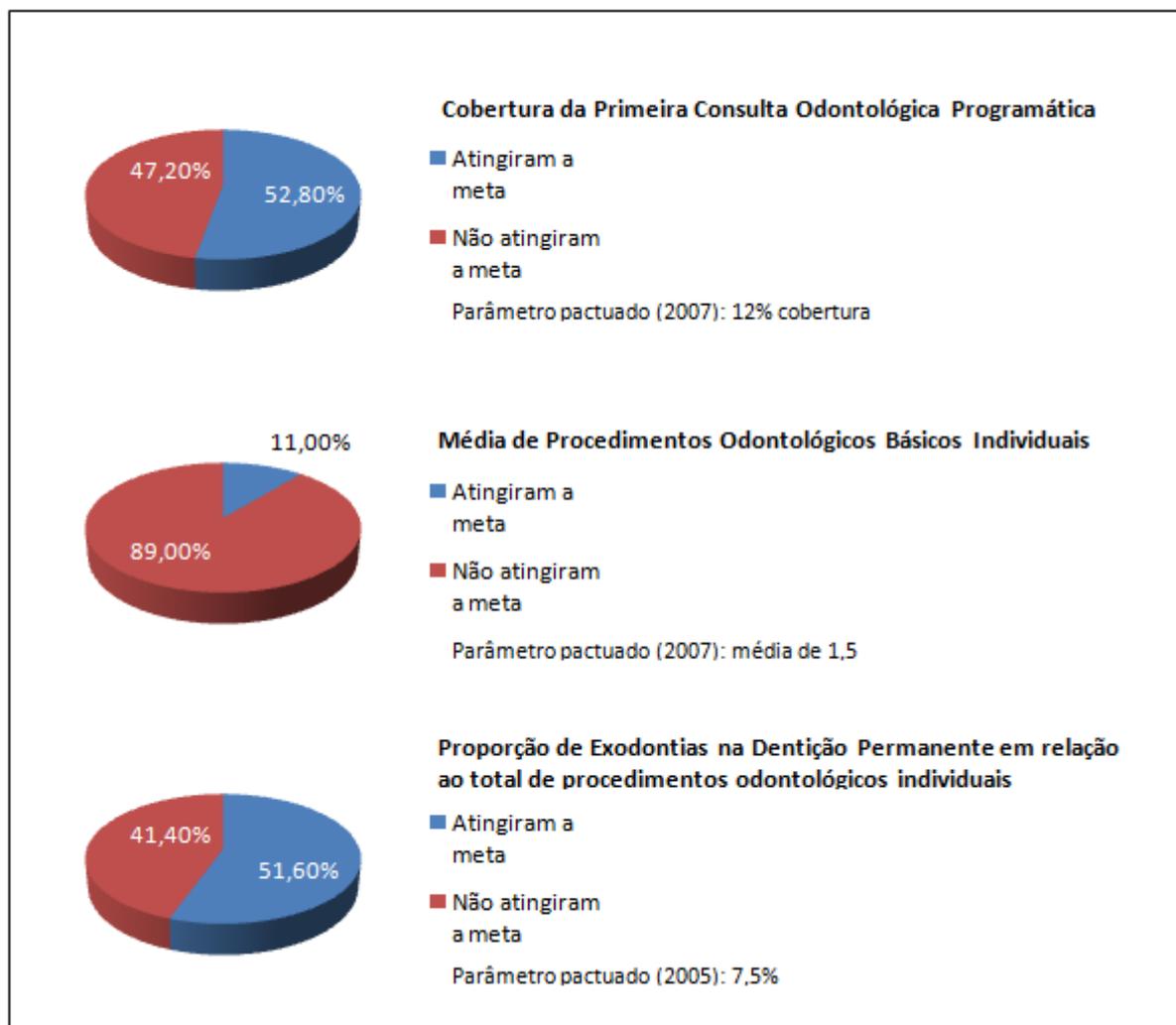


Figura 1: Distribuição dos municípios segundo o alcance das metas pactuadas para os indicadores de atenção primária em saúde bucal – Goiás/2006-2008.

Após a divisão das co-variáveis em dicotômicas, tomando como ponto de corte o valor da mediana e considerando “zero” para os municípios com valor menor ou igual à mediana e “um” para aqueles com valores acima da mediana, foram construídas as tabelas 3, 4 e 5.

Nelas, são apresentados os dados obtidos com o Teste de Qui-Quadrado para observar as associações entre as variáveis dependentes e as explicativas.

Tabela 3: Distribuição dos Municípios segundo a Variável Dependente Cobertura de Primeira Consulta Programática (COB) e as Variáveis Independentes – Goiás/2006-2008

Variável Independente	Variável Dependente COB			TOTAL
	0 (não alcançou meta do pacto)	1 (alcançou meta do Pacto)		
		N (% linha) (% coluna)	N (% linha) (% coluna)	
IDH	0 (≤0,73)	54 (43,5%) (46,6%)	70 (56,5%) (53,8%)	124 (100%) (50,4%)
	1 (>0,73)	62 (50,8%) (53,4%)	60 (49,2%) (46,2%)	122 (100%) (49,6%)
População Urbana beneficiada pelo Flúor*	0 (≤88,36%)	55 (44,7%) (47,4%)	68 (55,3%) (52,3%)	123 (100%) (50,0%)
	1 (>88,36%)	61 (49,6%) (52,6%)	62 (50,4%) (47,7%)	123 (100%) (50,0%)
Anos de Fluoretação	0 (≤9)	47 (40,9%) (40,5%)	68 (59,1%) (52,3%)	115 (100%) (46,7%)
	1 (>9)	69 (52,7%) (59,5%)	62 (47,3%) (47,7%)	131 (100%) (53,3%)
Nº de ESB	0 (≤1,5)	55 (44,7%) (47,4%)	68 (55,3%) (52,3%)	123 (100%) (50,0%)
	1 (>1,5)	61 (49,6%) (52,6%)	62 (50,4%) (47,7%)	123 (100%) (50,0%)
Repasse Recurso Federal	0 (≤35.733,33)	58 (47,2%) (50,0%)	65 (52,8%) (50,0%)	123 (100%) (50,0%)
	1 (>35.733,33)	58 (47,2%) (50,0%)	65 (52,8%) (50,0%)	123 (100%) (50,0%)
Razão do nº CD por 1000 hab.*	0 (≤0,32)	70 (56,9%) (60,3%)	53 (43,1%) (40,8%)	123 (100%) (50,0%)
	1 (>0,32)	46 (37,4%) (39,7%)	77 (62,6%) (59,2%)	123 (100%) (50,0%)
População Do Município	0 (≤6.141)	51 (41,5%) (44,0%)	72 (58,5%) (55,4%)	123 (100%) (50,0%)
	1 (>6.141)	65 (52,8%) (56,0%)	58 (47,2%) (44,6%)	123 (100%) (50,0%)
Com Flúor	0 (não)	27 (40,9%) (23,2%)	39 (59,1%) (30,0%)	66 (100%) (26,8%)
	1 (sim)	89 (49,4%) (76,8%)	91 (50,6%) (70,0%)	180 (100%) (73,2%)

Teste do Qui-Quadrado * p<0.05

Na tabela 3 observa-se que dos 130 municípios que alcançaram a meta do Pacto, 77 possuem, proporcionalmente, mais dentistas cadastrados no serviço público.

Tabela 4: Distribuição dos Municípios segundo a Variável Dependente Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais (POBI) e as Variáveis Independentes – Goiás/2006-2008

Variáveis Independentes		Variável Dependente POBI		
		0 (não alcançou meta do Pacto) N (% linha) (% coluna)	1 (alcançou meta do Pacto) N (% linha) (% coluna)	TOTAL
IDH	0 (≤0,73)	109 (87,9%) (49,8%)	15 (12,1%) (55,6%)	124 (100%) (50,4%)
	1 (>0,73)	110 (90,2%) (50,2%)	12 (9,8%) (44,4%)	122 (100%) (49,6%)
População Urbana beneficiada pelo Flúor*	0 (≤88,3%)	110 (89,4%) (50,2%)	13 (10,6%) (48,1%)	123 (100%) (50,0%)
	1 (>88,3%)	109 (88,6%) (49,8%)	14 (11,4%) (51,9%)	123 (100%) (50,0%)
Anos de Fluoretação	0 (≤9)	103 (89,6%) (47,0%)	12 (10,4%) (44,4%)	115 (100%) (46,7%)
	1 (>9)	116 (88,5%) (53,0%)	15 (11,5%) (55,6%)	131 (100%) (53,3%)
Nº de ESB	0 (não)	58 (87,9%) (26,5%)	8 (12,1%) (29,6%)	66 (100%) (26,8%)
	1 (sim)	161 (89,4%) (73,5%)	19 (10,6%) (70,4%)	180 (100%) (73,2%)
Repasse Recurso Federal	0 (≤35.733,33)	111 (90,2%) (50,7%)	12 (9,8%) (44,4%)	123 (100%) (50,0%)
	1 (>35.733,33)	108 (87,8%) (49,3%)	15 (12,2%) (55,6%)	123 (100%) (50,0%)
Razão do nº CD por 1000 hab.	0 (≤0,32)	114 (92,7%) (52,1%)	9 (7,3%) (33,3%)	123 (100%) (50,0%)
	1 (>0,32)	105 (85,4%) (47,9%)	18 (14,6%) (66,7%)	123 (100%) (50,0%)
População do Município	0 (≤6.141)	109 (88,6%) (49,8%)	14 (11,4%) (51,9%)	123 (100%) (50,0%)
	1 (>6.141)	110 (89,4%) (50,2%)	13 (10,6%) (48,1%)	123 (100%) (50,0%)
Com Flúor	0 (não)	58 (87,9%) (26,5%)	8 (12,1%) (29,6%)	66 (100%) (26,8%)
	1 (sim)	161 (89,4%) (73,5%)	19 (10,6%) (70,4%)	180 (100%) (73,2%)

Teste do Qui-Quadrado

Na tabela 4, encontram-se os resultados da distribuição dos municípios para o indicador da Média de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais quando associados às co-variáveis. Notou-se que apenas 27 municípios do total de 246, atingiram a meta, sendo que, desses, as maiores frequências demonstradas foram a presença do flúor (70,4%) e a razão do número de CD por 1.000 habitantes no município (66,7%).

Tabela 5: Distribuição dos Municípios segundo a Variável Dependente Proporção de Exodontias na Dentição Permanente em Relação ao Total de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais (EXO) e as Variáveis Independentes – Goiás/2006-2008

Variáveis Independentes		Variável Dependente EXO		TOTAL
		0 (n/alcançou meta do Pacto) N (% linha) (% coluna)	1(alcançou meta do Pacto) N (% linha) (% coluna)	
IDH*	0 (≤0,73)	68 (54,8%) (57,1%)	56 (45,2%) (44,1%)	124 (100%) (50,4%)
	1 (>0,73)	51 (41,8%) (42,9%)	71 (58,2%) (55,9%)	122 (100%) (49,6%)
População Urbana beneficiada pelo Flúor*	0 (≤88,3%)	68 (54,8%) (57,1%)	56 (45,2%) (44,1%)	124 (100%) (50,0%)
	1 (>88,3%)	51 (41,8%) (42,9%)	71 (58,2%) (55,9%)	122 (100%) (49,6%)
Anos de Fluoretação	0 (≤9)	57 (49,6%) (47,9%)	58 (50,4%) (45,7%)	115 (100%) (46,7%)
	1 (>9)	62 (47,3%) (52,1%)	69 (52,7%) (54,3%)	131 (100%) (53,3%)
Nº de ESB	0 (≤1,5)	67 (54,5%) (56,3%)	56 (45,5%) (44,1%)	123 (100%) (50,0%)
	1 (>1,5)	52 (42,3%) (43,7%)	71 (57,7%) (55,9%)	123 (100%) (50,0%)
Repasse Recurso Federal *	0 (≤35.733,33)	68 (55,3%) (57,1%)	55 (44,7%) (43,3%)	123 (100%) (50,0%)
	1 (>35.733,33)	51 (41,5%) (42,9%)	72 (58,3%) (56,7%)	123 (100%) (50,0%)
Razão do nº CD por 1000 hab.	0 (≤0,32)	67 (54,5%) (56,3%)	56 (45,5%) (44,1%)	123 (100%) (50,0%)
	1 (>0,32)	52 (42,3%) (43,7%)	71 (57,7%) (55,9%)	123 (100%) (50,0%)
População do município	0 (≤6.141)	62 (50,4%) (52,1%)	61 (49,6%) (48,0%)	123 (100%) (50,0%)
	1 (>6.141)	57 (46,3%) (47,9%)	66 (53,7%) (52,0%)	123 (100%) (50,0%)
Com Flúor*	0 (não)	39 (59,0%) (32,8%)	27 (41,0%) (21,3%)	66 (100%) (26,8%)
	1 (sim)	80 (44,4%) (67,2%)	100 (55,6%) (78,7%)	180 (100%) (73,2%)

Teste do Qui-Quadrado * p< 0,05

Na tabela 5, verifica-se a distribuição dos municípios segundo o indicador de Proporção de Exodontias na Dentição Permanente em relação ao total dos Procedimentos Odontológicos Individuais (EXO). Dos 127 municípios que alcançaram a meta pactuada de 7,5% com nível de significância $< 0,05$, um percentual de 55,9% possuíam valores acima da mediana para as variáveis de IDH, População Urbana Atendida pelo Flúor e número de ESB e 78,7% (100 municípios) “com Flúor”.

Tabela 6: Chance de os municípios alcançarem os valores pactuados para cada Variável Dependente segundo as Variáveis Independentes – Goiás/2006-2008

Variáveis Independentes	Variáveis Dependentes	COB		POBI		EXO	
		OR	Valor de p	OR	Valor de p	OR	Valor de p
IDH	Até a mediana ($\leq 0,73$)	1	–	1	–	1	–
	Acima da mediana ($> 0,73$)	0,74	0,25	0,79	0,57	1,69	* 0,04
Pop. Urbana Beneficiada pelo flúor	Até a mediana ($\leq 88,3\%$)	1	–	1	–	1	–
	Acima da mediana ($> 88,3\%$)	0,82	0,44	1,08	0,83	1,99	* 0,00
Anos de Fluoretação	Até a mediana (≤ 9)	1	–	1	–	1	–
	Acima da mediana (> 9)	0,62	0,06	1,11	0,79	1,09	0,72
Com Flúor	Não	1	–	1	–	1	–
	Sim	0,7	0,23	0,85	0,72	1,8	* 0,04
Nº de ESB	Até a mediana ($\leq 1,5$)	1	–	1	–	1	–
	Acima da mediana ($> 1,5$)	0,82	0,44	1,08	0,83	1,63	0,05
Repasso Recurso Federal	Até a mediana ($\leq 35.733,33$)	1	--	1	–	1	–
	Acima da mediana ($> 35.733,33$)	1	0,87	1,28	0,54	1,74	* 0,03
Razão do nº de CD por 1.000 hab.	Até a mediana ($\leq 0,32$)	1	–	1	–	1	–
	Acima da mediana ($> 0,32$)	8,69	* 0,00	2,17	0,07	1,63	0,05
População do Município	Até a mediana (≤ 6.141)	1	–	1	–	1	–
	Acima da mediana (> 6.141)	0,63	0,07	0,92	0,83	1,17	0,52

Cálculo da Odds Ratio * $p < 0,05$

A tabela 6 mostra os dados resultantes da análise estatística feita com a regressão logística. Nesse estudo, os valores encontrados maiores do que 1,0, representam a maior chance de se chegar ao desfecho, que nesse caso, representa aspecto positivo, pois representa o alcance das metas pactuadas para os indicadores da atenção primária em saúde bucal. Ao contrário, os valores menores do que 1,0 representam a menor chance de se alcançar a meta.

Para as variáveis explicativas, quando relacionadas ao indicador EXO, todas mostraram a maior chance de se fazer menos extrações, ou seja, tratamentos odontológicos menos mutiladores, nos municípios com valores acima de mediana. Cabe explicar, que para essa variável, quanto menor o valor encontrado, melhor é o resultado alcançado. Os valores de OR encontrados foram: 1,69 ($p < 0,05$) para o IDH-M; 1,99 ($p < 0,01$) para a População urbana atendida pelo flúor; 1,80 ($p < 0,05$) para os Municípios com flúor; 1,63 para o número de ESB; 1,74 ($p < 0,05$) para o repasse de recursos federais; 1,63 para o nº de CD por 1.000 habitantes e 1,17 a variável população do município. Outros valores de OR que chamaram a atenção foram: número de CD por 1.000 habitantes quando relacionado aos indicadores de atenção, aumentando a chance de atingirem a meta em 8,69 ($p < 0,01$) para a COB; 2,17 para a POBI e 1,63 para a EXO. Para os outros indicadores o valor de OR não mostrou significância estatística.

8.1 Análise Espacial

O conhecimento do território constitui importante passo para a compreensão dos eventos de saúde e planejamento de ações que possam intervir positivamente no processo saúde-doença. A relação entre o espaço e a saúde bucal coletiva, mostra

que aspectos geográficos podem estar relacionados de diferentes formas com aspectos da saúde bucal da população. Dentre eles, pode-se apontar a própria condição de saúde bucal, a localização de serviços de atenção odontológica e as formas de acesso a esses serviços; a localização de equipamentos sociais (escolas, centros comunitários e áreas de lazer); a infraestrutura local como provedora de condições mínimas de bem-estar para a população (saneamento básico, energia elétrica, moradias adequadas e segurança pública) e toda a rede de suporte social. Além dessa importante contribuição para o entendimento do processo saúde-doença bucal, a localização geográfica dos diferentes componentes desse processo permite o planejamento de ações de promoção, controle e reabilitação o mais próximo possível das áreas atingidas, obedecendo, assim, aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de descentralização e territorialização dos cuidados com a saúde (MOREIRA; NICO; TOMITA, 2007).

Como uma contribuição deste estudo, apresenta-se a seguir, a distribuição espacial dos municípios goianos, segundo o alcance das metas estabelecidas para os indicadores da atenção básica, levantados nessa pesquisa, por meio de mapas temáticos.

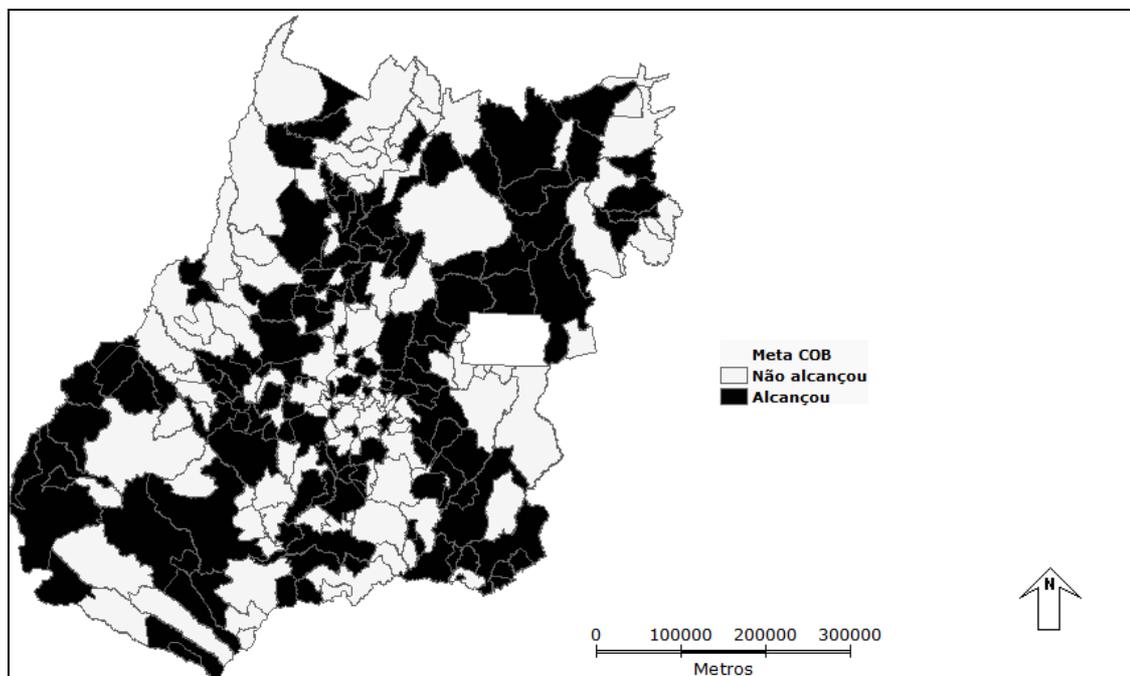


Figura 2: Distribuição espacial dos municípios segundo o alcance da meta pactuada de Cobertura de Primeira Consulta Programática (COB) – Goiás/2006-2008

A Figura 2 mostra a distribuição espacial dos municípios goianos, de acordo com o alcance ou não da meta pactuada para o indicador COB de 12% de cobertura da população, no período 2006-2008.

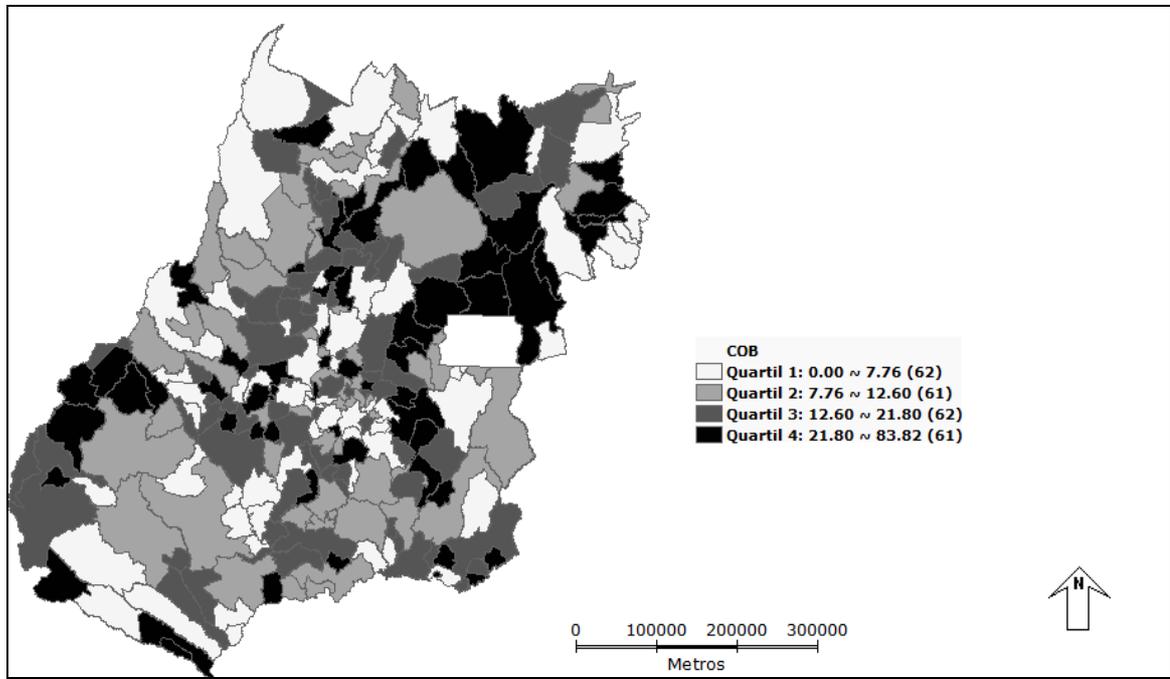


Figura 3: Distribuição espacial dos municípios segundo os valores de Cobertura de Primeira Consulta Programática (COB) agrupados nos quartis – Goiás/2006-2008.

A Figura 3 mostra os valores de COB agrupados em quartis, segundo as porcentagens de cobertura, variando de 0 a 83,82% . Os municípios da região do Entorno Norte de Brasília estão entre os que atingiram maiores índices de cobertura.

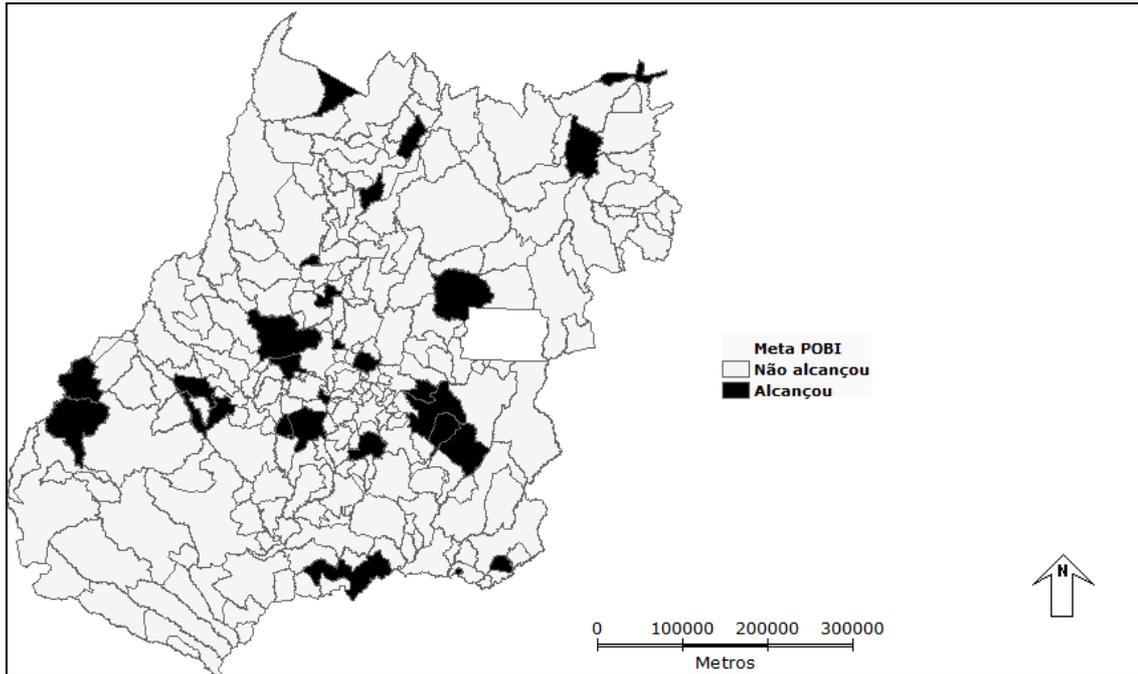


Figura 4: Distribuição espacial dos municípios segundo o alcance da meta pactuada do N° de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais (POBI) – Goiás/2006-2008

A Figura 4 mostra a distribuição espacial dos municípios goianos, de acordo com o alcance ou não da meta pactuada para o indicador POBI de 1,5%. Apenas 27 municípios alcançaram a meta no período 2006-2008.

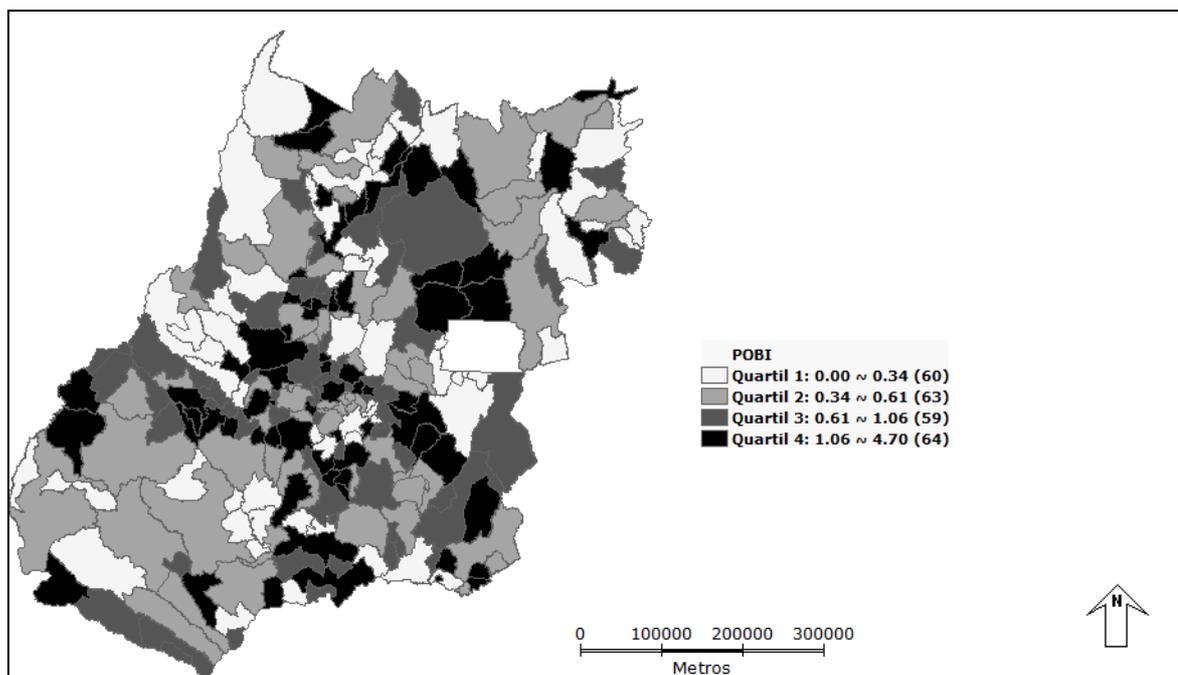


Figura 5: Distribuição espacial dos municípios segundo os valores de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais (POBI) agrupados nos quartis – Goiás/2006-2008

A Figura 5 mostra que os municípios distribuídos nos Quartis 1,2 e 3 não atingiram a meta pactuada para o indicador POBI, variando de 0 a 1,06 procedimentos por indivíduo, sendo que no quartil mais baixo verifica-se os municípios da região do Entorno Sul de Brasília, assim como uma faixa grande do Oeste do Estado.

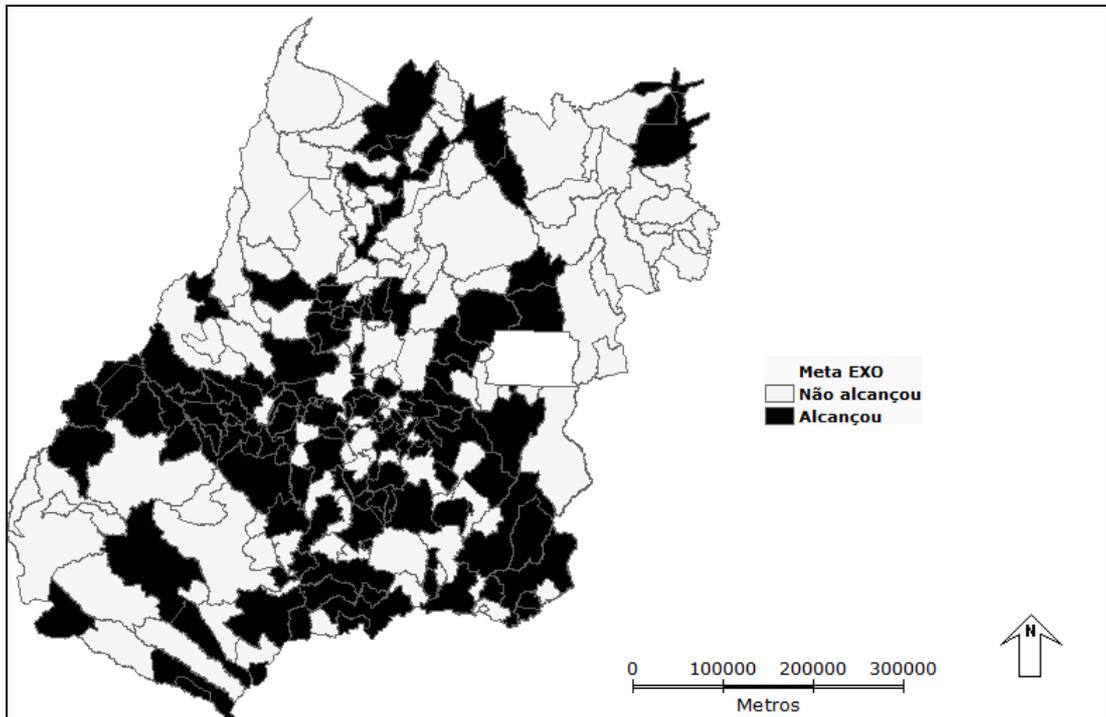


Figura 6: Distribuição espacial dos municípios segundo o alcance da meta pactuada de Proporção de Exodontias na Dentição Permanente em Relação ao Total de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais (EXO) – Goiás/2006-2008

A Figura 6 demonstra que pouco mais de 50% dos municípios goianos atingiram a meta pactuada de 7,5% para esse indicador de assistência.

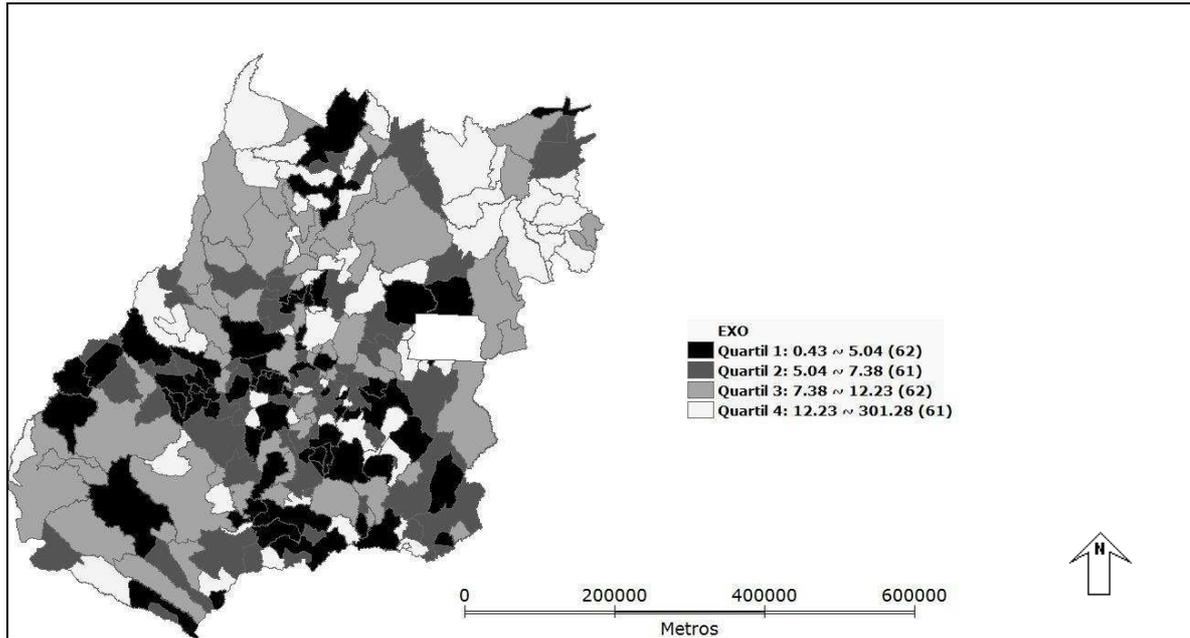


Figura 7: Distribuição espacial dos municípios segundo os valores de Proporção de Exodontias na Dentição Permanente em Relação ao Total de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais (EXO) agrupados nos quartis – Goiás/2006-2008

Na Figura 7, os quartis 1 e 2 representam, geograficamente, os municípios que atingiram a meta pactuada, pois possuem valores menores para o indicador EXO, variando de 0,43% a 7,38%.

9 DISCUSSÃO

O presente estudo apresenta as limitações inerentes às pesquisas que utilizam dados secundários, tais como impossibilidade de controlar e/ou garantir a qualidade desses. Essas características podem, ocasionalmente, resultar em comprometimento dos dados, devido a fragilidades nos registros e ao controle de qualidade dessas informações nas esferas estadual e federal. Mesmo assim, vale salientar a importância da disponibilidade pública desses dados para pesquisadores e gestores, pois contribuem muito para o processo de monitoramento e planejamento das ações e serviços de saúde.

Foi analisada a dimensão do desempenho da atenção primária em saúde bucal no âmbito do SUS no que diz respeito ao acesso. Segundo Viacava et al. (2004), o acesso é definido como a capacidade das pessoas obterem os serviços necessários. É um conceito que varia entre autores e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto. Alguns autores, como Donabedian (1973), empregam o substantivo acessibilidade – caráter ou qualidade do que é acessível –, enquanto outros preferem o substantivo acesso – ato de ingressar, entrada – ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. Donabedian (1973) definiu acessibilidade como um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Avança na abrangência do conceito de acesso para além da entrada nos serviços, pois, para ele, acessibilidade indica também o grau de (des)ajuste entre as necessidades dos pacientes e os serviços e recursos utilizados.

No levantamento dos dados desta pesquisa, o acesso foi aferido por meio dos indicadores de assistência: Cobertura de Primeira Consulta Odontológica, Média de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais e Proporção de Exodontias em Relação aos Procedimentos Odontológicos Individuais.

Os resultados indicam que os municípios goianos estão organizando sua atenção primária em saúde bucal, haja vista todos contarem com cirurgiões dentistas cadastrados no serviço público, no período estudado. Porém, segundo o Relatório de Pesquisa realizada em municípios goianos, em 2007 (SIQUEIRA et al., 2009), existem grandes desigualdades entre municípios goianos com relação à produção e utilização dos serviços em saúde pública, incluindo saúde bucal.

Com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal “Brasil Sorridente”, em janeiro de 2004 – que serviu de eixo político básico para reorientação das concepções e das práticas no campo da saúde bucal –, percebe-se uma abertura para ações mais resolutivas das equipes de saúde. No âmbito da assistência, essas diretrizes apontam para a ampliação e qualificação da atenção básica com acesso disponível para todas as faixas etárias, maior oferta de serviços, de nível secundário e terciário, visando à integralidade da atenção (BRASIL, 2004).

Quando se busca analisar o modelo assistencial adotado nos municípios goianos, de 2006 a 2008, nota-se que apenas 4 municípios (Aparecida de Goiânia, Buriti Alegre, Catalão e Jussara) não possuíam Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família. Um dos incentivos para essa ampliação do número de ESB foi a publicação da Portaria GM 673/03 que viabilizou o aumento de 20% nos valores do incentivo federal para as ESB, além de permitir a instalação do mesmo número de ESB em relação às equipes de saúde da família nos municípios (BRASIL, 2003b).

Nos resultados da tabela 2, onde cada um dos indicadores de atenção básica em saúde bucal foi testado com as outras variáveis socioeconômicas de provisão de serviços e de repasses de recursos financeiros federais pode-se perceber essa relação positiva importante entre ESB e Repasses financeiros, ou seja, o aumento das ESB está diretamente proporcional ao aumento do repasse federal. Se por um lado isso é positivo, por outro pode mostrar, também, que os próprios municípios ou mesmo o Estado, quase não estão investindo nessa área, pois estão dependendo exclusivamente do recurso federal.

De acordo com a pesquisa realizada por Siqueira et al. (2009) no Estado de Goiás, considerando os recursos destinados à saúde pública, a Emenda Constitucional nº 29 (EC-29), estabeleceu para o ano de 2007 o percentual mínimo de 15% de recursos orçamentários que os municípios seriam obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde. Avaliando o percentual aplicado pelos municípios goianos, a maioria deles (73%) está na média entre 15% e 20% de percentual aplicado; 5 municípios goianos (2,1%) não atingiram a meta estabelecida pela EC-29. Em contrapartida, 4 municípios (1,6%) aplicaram duas vezes mais que o mínimo preconizado, mostrando grande desigualdade na aplicação de recursos (SIQUEIRA et al. 2009).

Entretanto, percebe-se que, para a área de saúde bucal, muitos governantes municipais ainda não a colocam como prioridade nas suas políticas públicas, colocando-a em segundo plano. Isso é percebido quando se observa o quanto a população adulta e idosa, dependente exclusiva dos serviços do SUS, ainda tem suas necessidades de tratamento acumuladas há

anos. Resultados do último levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira (SB-Brasil 2003) realizado em 250 municípios apontam para essa realidade (BRASIL, 2005b).

Na análise das metas pactuadas pelos municípios, relacionadas aos três indicadores da assistência odontológica, percebe-se que mesmo 52,8% dos municípios tendo atingido 12% ou mais de cobertura com a Primeira Consulta (COB), no segundo indicador de Média de Procedimentos Realizados (POBI) esse número diminuiu para 11% de municípios que conseguiram atingir 1,5 do parâmetro pactuado. Tal fato é preocupante, pois demonstra que muitos indivíduos que conseguem ter acesso ao atendimento, não conseguem realizar o procedimento, razão pela qual em muitas pessoas a doença evolui sem tratamento e porque buscam o serviço particular, principalmente a pessoa adulta.

Em estudo realizado pelo Grupo de Trabalho da Pactuação Unificada de Indicadores e de Monitoramento do Pacto pela Saúde (GT) instituído pelo Ministério da Saúde, a meta nacional pactuada para o indicador COB foi de 30% para o ano de 2007 e o resultado alcançado foi de 11,9% de cobertura, ou seja, a meta não foi cumprida; e dos 27 estados, 11 alcançaram a meta pactuada. Com relação à meta do País é importante destacar que os resultados alcançados se mantiveram constantes ao longo dos anos, ficando abaixo da meta nacional proposta de 30% (BRASIL, 2010). Ressalte-se que a descrição desse procedimento foi alterada em 2006 com o objetivo de melhorar o registro no Sistema de Informação Ambulatorial. No entanto, acredita-se que ainda persistem diversos entendimentos da descrição da Primeira Consulta Odontológica Programática, repercutindo no registro da informação.

Dos fatores que podem ter contribuído para o alcance da meta nos estados, infere-se a melhoria de acesso da população ao serviço odontológico. Entre os elementos que podem ter influenciado o não alcance de metas, destacam-se: dificuldade de fixação de profissionais da saúde bucal notadamente no interior dos estados, áreas rurais dos municípios, falha na alimentação do procedimento no SIA/SUS e o descumprimento da jornada de trabalho (BRASIL, 2010).

Em relação ao indicador COB, não se observou correlação da distribuição geográfica dos municípios no Estado com o alcance da meta analisada. Verificou-se apenas que a maioria dos municípios do Entorno Sul de Brasília não alcançou a meta, bem como uma significativa faixa de municípios na Região Oeste do Estado. Também não se observou correlação com a proximidade da capital e nem de outros grandes centros (Brasília, Anápolis e Aparecida de

Goiânia). Note-se que cerca da metade dos municípios do Estado alcançou a meta enquanto a outra não.

Nesse mesmo estudo do GT/MS, em relação ao indicador complementar POBI, a meta nacional pactuada foi de 2,5% e o resultado alcançado foi 0,6%, portanto, a meta não foi alcançada. Pode-se dizer que os resultados dependem da capacidade instalada da rede de serviços de Atenção Básica com saúde bucal, do fornecimento de insumos odontológicos, da existência de profissionais que realizem os procedimentos específicos a esse indicador e do acesso da população a esses serviços. Em relação aos resultados obtidos pelas Unidades Federadas, observou-se que apenas 3 alcançaram a meta pactuada e que, de modo geral, os resultados são baixos. Esses podem ser decorrentes da ausência de um ou mais fatores referidos e ainda da dificuldade na alimentação no Sistema de Informação Ambulatorial (BRASIL, 2010).

Ao reportarmos à Figura 1, veremos que mesmo a meta pactuada de cobertura sendo baixa (12%), apenas 52,8% dos municípios goianos conseguiram atingi-la no período estudado. Da parcela da população que conseguiu esse acesso, apenas 11% se encontram dentro do que foi pactuado como número de procedimentos a ser realizado, ou seja, 1,5. Desses que receberam atendimento, uma grande parcela foi de procedimentos mutiladores. Essa é a realidade que encontramos em Goiás: pouco acesso e pouquíssima adequação dos serviços frente às grandes necessidades da população constatadas nos levantamentos epidemiológicos realizados.

Observa-se que mais de 75% dos municípios não atingiu a meta pactuada de 1,5 procedimentos odontológicos básicos individuais, sendo que apenas 27 municípios obtiveram esse alcance. Não se observou uma correlação com a distribuição geográfica dos municípios no Estado com o alcance da meta analisada (Figura 4).

Percebe-se que as variáveis explicativas, utilizadas neste estudo, não foram suficientes para elucidarem o que tem influenciado nesses resultados. Talvez, se fossem levantados mais dados, como o recurso municipal aplicado em saúde bucal, poderiam ser obtidos mais subsídios para analisar que grau de prioridade tem sido dado à área. Porém, por experiência própria, esse é um dado difícil de ser colhido, pois os municípios não têm esse detalhamento, o que dificultaria o estudo.

Pesquisa realizada por Moreira (2005) para identificar as condições de saúde bucal dos indivíduos a partir de 60 anos, em Botucatu, demonstrou que 77,7% dos atendimentos odontológicos foram realizados em serviços privados; apenas 12,9% foram realizados em serviços públicos. Esse achado coincide com a análise realizada por Barros e Bertoldi (2002)

sobre os dados da PNAD-1998, a qual apontou que 69% dos atendimentos odontológicos ocorreram em serviços particulares, sendo 47% deles pagos pelo cliente. Além disso, observaram que 52% dos atendimentos não odontológicos são realizados pelo SUS, contra apenas 24% dos atendimentos odontológicos.

Neste estudo, a discussão sobre os resultados encontrados na tabela 2 que apresenta a correlação entre as variáveis estudadas por meio do Teste de Correlação de Spearman, merece alguns comentários, a começar pela correlação negativa entre a variável POBI e a População do Município. Quanto maior o município, menor a capacidade do serviço público em atender às necessidades odontológicas da população, apesar de terem mais ESB e receberem mais Recursos Financeiros do governo federal para essa área. Uma das explicações é que, proporcionalmente nos municípios maiores, o número de profissionais que atuam na área em relação ao número de habitantes é menor e, conforme descrito anteriormente, as necessidades acumuladas da população ao longo de anos é grande.

Nos últimos anos, o atendimento odontológico na atenção básica passou por uma expansão em Goiás, principalmente devido à inclusão das Equipes de Saúde Bucal na Equipe de Saúde da Família. No entanto, ainda não foi alcançada a proporção de 1 ESB para cada ESF. Em 2006, o Estado de Goiás contava com 696 ESB (sendo 581 da modalidade 1 e 115 da modalidade 2) e 1.017 Equipes de Saúde da Família, confirmando aumento de mais de 100% das ações de saúde bucal na atenção básica no Estado. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003b), cada ESB deverá atender, em média, 6.900 habitantes. Analisando a relação de habitantes por ESB em Goiás, percebe-se que 14,4% dos municípios não possuem equipes suficientes para atender satisfatoriamente toda a população. Também, deve-se considerar o fato de que nem toda população da área de cobertura das ESB está, de fato, recebendo atendimento odontológico (SIQUEIRA et al., 2009).

Nesta pesquisa, em relação ao período 2006-2008, pode ser notado que, em relação aos indicadores de assistência levantados, quando observados os valores em cada ano, os 3 (COB, POBI e EXO) tiveram seus valores diminuídos em relação às metas pactuadas no ano de 2008. Tal fato sugere que, em ano de eleição municipal, como foi o caso de 2008 os interesses eleitoreiros podem interferir nos serviços públicos municipais, ocasionando demissões de funcionários e redução de equipes de trabalho.

Sobre a compatibilidade dos recursos humanos com as necessidades da população, ainda existe um grande desafio a ser vencido. O Brasil apresenta um indesejável desequilíbrio estrutural na distribuição de CD pelas macrorregiões em relação às suas respectivas

populações. Em 2002, o Sudeste concentrava 61% dos profissionais e 42% da população total; já o Nordeste, apresentava 13% dos CD e 28% da população total.

Adotar como critério a necessidade de se aumentar a quantidade de cirurgiões-dentistas no mercado de trabalho, com a alegação de que muitos não têm acesso a serviços de saúde bucal por falta de profissionais, não foi e não será suficiente para reverter o quadro epidemiológico de saúde bucal dos brasileiros. Nos países em desenvolvimento, programas de intervenção, focalizando a atenção primária e a prevenção, deveriam ser planejados e implantados com urgência; e suas efetividades, monitoradas e analisadas, cientificamente. Esses países são muito suscetíveis a doenças bucais, sobretudo doença periodontal agravada pela pobreza, condições de vida, ignorância em relação à educação em saúde e por lacunas de investimentos e de profissionais suficientes para a saúde (JUNQUEIRA et al., 2006).

Nota-se que para o indicador EXO, a correlação do mesmo com todas as outras variáveis é negativa, sendo o maior valor encontrado referente ao IDH; quanto maior o IDH, menor a proporção de exodontias realizadas em relação ao total de procedimentos odontológicos. Isso demonstra que, nesses locais, os tratamentos restauradores e de preservação dos dentes é prioridade frente ao procedimento mutilador de extração do elemento dental. As maiores proporções de exodontias nos municípios com piores indicadores socioeconômicos provavelmente indicam a carga de doenças em estágio avançado para a qual não são oferecidas outras possibilidades terapêuticas. A mesma relação negativa importante foi encontrada relacionando-se o indicador EXO à variável População Atendida pelo Flúor. A oferta de exodontias está em oposição à oferta de procedimentos preventivos e políticas de saúde bucal que agregam ações de promoção e recuperação.

Entre 2005 e agosto de 2008, por meio de ação conjunta da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e convênios com as Secretarias Estaduais de Saúde, foram implantados 711 novos sistemas de fluoretação das águas no Brasil, beneficiando 503 municípios (BRASIL, 2009). Goiás foi beneficiado com a implantação de novos sistemas. Entretanto, ainda possui 66 municípios sem esse benefício agregado ao abastecimento público de água com uma correlação positiva da presença de flúor e a população do município.

As tabelas 3, 4 e 5 apresentam a distribuição dos municípios segundo o alcance das metas pactuadas para as variáveis dependentes (COB, POBI, EXO) e as co-variáveis divididas segundo os valores da mediana, tendo todas sido transformadas em variáveis dicotômicas, utilizando o Teste do Qui-Quadrado para pesquisa de associações. Poucas foram as associações encontradas com nível de significância menor que 0,05.

Para o indicador COB, a associação com significância foi apenas para a Razão do Número de CD por 1000 habitantes. Esse tipo de associação reforça a importância que os governantes devem dar à contratação de recursos humanos (cirurgiões dentistas, auxiliares de saúde bucal e técnicos em saúde bucal) para atuarem nos serviços municipais, aumentando o acesso da população ao serviço, principalmente do paciente adulto.

Para a variável dependente POBI, nenhuma associação com significância foi encontrada quando utilizado o teste do Qui-quadrado com as co-variáveis em questão. Deduz-se com esses resultados a dificuldade em demonstrar a influência desses indicadores sociais nos modelos de assistência odontológica na atenção primária adotados nos municípios.

Para a variável dependente EXO, foi encontrada associação do alcance da meta pactuada de 7,5% ($p < 0,05$) nos municípios que possuíam valores acima da mediana para as variáveis de IDH, População Urbana Beneficiada pelo Flúor, Número de ESB e Repasse de Recurso Federal.

A associação entre menor proporção de exodontias dentre os procedimentos odontológicos individuais na atenção básica e maior Índice de Desenvolvimento Humano Municipal sugere que os municípios com melhores condições socioeconômicas oferecem serviços com características restauradoras. Por outro lado, aqueles com piores valores de IDH-M, embora ofereçam acesso aos serviços odontológicos, têm características mutiladoras visto que apresentam maior proporção de exodontias durante o período analisado.

A Figura 6 demonstra que a maioria dos municípios que atingiu a meta pactuada se encontra nas regiões Central e Sul do Estado (mais desenvolvidas), o que sugere que grande parte do Norte ainda prioriza tratamentos mutiladores, sendo a exodontia o procedimento mais realizado. Nota-se que o território reflete as condições econômicas de seus habitantes e tem uma representação no desfecho, embora o cálculo do Índice Global de Moran não ter dado resultado significativo de dependência espacial.

Nota-se na Figura 7, no quartil 4, que a variação é de 12,23% a 301,28%, o que demonstra que, em alguns municípios, a exodontia atinge índices bem elevados em relação ao total de procedimentos odontológicos básicos individuais, concentrados na Região Centro-Norte do Estado.

Quanto à influência da maior cobertura de água fluoretada, essa pode estar reduzindo as necessidades de exodontias por favorecer a prevenção e conter a evolução da cárie rumo à necessidade de extração. No Brasil, os jovens que moram em municípios cuja rede de água não possui flúor (ou sua adição ocorreu há menos de 5 anos) e com piores IDH, apresentam chance mais elevada de ter cárie não tratada; o acesso à água tratada e ao flúor é um

importante benefício não só para reduzir os níveis de cáries como também para atenuar o impacto das desigualdades socioeconômicas sobre sua prevalência (FRIAS et al., 2007).

O fato de as variáveis explicativas de maior número de ESB e Repasse de Recurso Federal estarem associadas ao maior alcance da meta de 7,5% para o indicador EXO pode demonstrar a intenção da Estratégia de Saúde da Família em trabalhar numa proposta de reorientação da atenção básica do SUS. Apesar de ambos os procedimentos (exodontias e restaurações) fazerem parte de um modelo assistencial centrado na cura da doença, a reorientação vai muito além, busca, segundo Narvai e Frazão (2008), uma verdadeira “Saúde Bucal Coletiva”, entendida nas dimensões tanto do campo da “atenção à saúde bucal” quanto no campo da “assistência odontológica”.

Os achados das tabelas 3,4 e 5 foram corroborados pelos da tabela 6, onde se utilizou o método da regressão logística para testar a chance das variáveis explicativas em aumentarem a possibilidade das variáveis dependentes chegarem ao alcance das metas propostas. Observou-se que todas as variáveis sociais tiveram os resultados de $OR > 1$ para os grupos de municípios com valores acima da mediana, quando cruzados com a variável dependente EXO. Tal achado demonstra uma chance maior de os municípios alcançarem a meta de 7,5% pactuada para o Estado, em relação a esse indicador. Esse achado reforça a afirmativa de que as desigualdades em saúde só serão reduzidas se houver a implementação efetiva de políticas públicas que minimizem as desigualdades sociais como: educação, saneamento, moradia, geração de empregos e outras, pois elas são determinantes sobre as condições de saúde.

Conforme ponderações de Junqueira et al. (2006)

peças e áreas de pior nível sócio-econômico apresentam, quase invariavelmente, piores condições de saúde. Essa associação também se aplica à saúde bucal, pois a prevalência de cárie mostra-se maior em populações de baixo nível sócio-econômico (JUNQUEIRA et al., 2006).

Outros valores de OR que devem ser comentados referem-se ao número de CD por 1.000 habitantes quando relacionada aos indicadores de atenção aumentando a chance de atingirem a meta em 8,69 ($p < 0,01$) para a COB; 2,17 para a POBI. Mais uma vez, aparece nesse estudo a importância do aumento dos recursos humanos para atuarem na área odontológica no serviço público, principalmente quando é sabido que a realidade goiana não difere da realidade brasileira de uma demanda reprimida de anos de necessidades acumuladas nessa área. É importante ressaltar que esses investimentos sejam acompanhados de políticas de educação permanente que estimulem nos profissionais da área de saúde bucal a

participação ativa na implementação de mudanças que possam trazer melhorias e avanços nessa área.

A retirada dos indicadores de saúde bucal do rol de indicadores do Pacto pela Saúde é preocupante, pois o desconhecimento de parâmetros a serem alcançados pelos municípios pode contribuir para que essa área não seja vista como uma prioridade por parte dos gestores, fato que pode diminuir, ainda mais, os resultados alcançados pelos serviços e dificultar o acompanhamento das ações desenvolvidas. As entidades odontológicas estão atuando junto ao CONASEMS para a inclusão, novamente, dos indicadores.

10 CONCLUSÃO

Com o presente estudo, buscou-se associar os indicadores de produção dos serviços odontológicos dos municípios do Estado de Goiás com as variáveis sociais e de organização dos serviços, sendo apresentadas algumas conclusões.

As associações mais significativas encontradas foram:

- a influência do N° de CD no SUS/1000hab para se alcançar melhores resultados dos indicadores da AP;
- quanto maior o município, menores os resultados de acesso aos serviços;
- grande correlação do aumento das ESB com o repasse financeiro federal
- correlação negativa do indicador EXO com todas as variáveis explicativas, o que demonstra que nos municípios com melhores condições socioeconômicas (regiões Central e Sul do Estado), menos extrações estão sendo realizadas.

Percebeu-se que as variáveis explicativas utilizadas neste estudo não foram suficientes para elucidarem o que tem influenciado, de forma mais significativa, os resultados dos indicadores da atenção primária. Também não foi possível perceber a equidade como uma diretriz adotada nas políticas públicas de saúde bucal nos municípios.

A pesquisa demonstrou que a Saúde Bucal não é prioridade nos governos municipais e ainda sofre influências negativas em ano de eleição municipal, com demissões e redução dos serviços prestados.

Pelos resultados encontrados nos indicadores de assistência, constatou-se que o Estado de Goiás está longe de uma cobertura satisfatória na área de saúde bucal pelo Sistema Único de Saúde. Entende-se necessária a contratação, bem como uma melhor distribuição dos profissionais ligados à área, por meio de concursos públicos.

A análise das metas pactuadas pelos municípios, relacionadas aos três indicadores da assistência odontológica, demonstra que, dos indivíduos que conseguem ter acesso ao atendimento, muitos não conseguem realizar os procedimentos necessários, o que demonstra uma carência no que diz respeito à cobertura e acesso aos serviços públicos odontológicos pela população, principalmente nos municípios de médio e grande porte.

E possível dizer que as ações de cunho odontológico se mostram incapazes de resolver por si só os problemas de saúde bucal da população. Esse fato reforça a afirmativa de que as

desigualdades em saúde só serão reduzidas caso haja implementação efetiva de políticas públicas na área de educação, saneamento, moradia, geração de empregos e outras que minimizem as desigualdades sociais, pois são determinantes sobre as condições de saúde.

Pode-se afirmar a existência de deficiências nos sistemas de informação de dados dos serviços odontológicos pesquisados, seja nas atividades de responsabilidade do município, como no caso do registro e transmissão dos dados, seja na esfera estadual, no acompanhamento e avaliação dos indicadores de atenção ou mesmo no desconhecimento desses indicadores. Mesmo assim, acredita-se que a disponibilidade pública dessas informações é extremamente importante para o planejamento e monitoramento das ações na área da saúde bucal. Portanto, entende-se que os municípios devem ser incentivados a viabilizá-las.

Para isso, julga-se necessário investir em capacitações dos profissionais envolvidos nessas ações como forma de propiciar melhorias nesses sistemas de informação que se constituem em uma das bases para construção da “Vigilância em Saúde Bucal”.

Finalmente, registro minha indignação, enquanto cirurgiã dentista que atua no Sistema Único de Saúde há 27 anos, sobre a retirada dos Indicadores da Atenção Primária relacionados à saúde bucal, do rol de indicadores do Pacto pela Saúde. No entanto, continuo acreditando na possibilidade de avanços e melhorias no SUS que possam garantir a saúde bucal como um direito humano fundamental.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Caderno de Informações de Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. 2. ed. Rio de Janeiro, 2008.

ANTUNES, J. L. F. et al. Determinantes individuais e contextuais da prevalência de cárie dentária não tratada no Brasil. Revista Panamericana de Salud Publica, Washington, v. 22, n. 4, p. 279-285, 2007.

BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. Ciências Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 709-717, 2002.

BATISTA, S. P. R. Análise dos principais indicadores em saúde bucal no Município de Campos de Goytacaz, RJ. 2005. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005. Disponível em: <www.libdigi.unicamp.br>. Acesso em: 1 jul. 2009.

BOING, A. F.; KAUDLESKI, D. F.; ANTUNES, J. L. F. Medidas de Condições Socioeconômicas em estudos epidemiológicos de saúde bucal. In: PERES, M. A. Fundamentos de Odontologia: Epidemiologia da Saúde Bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 235-248.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. II Levantamento Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. NOB SUS 96: Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS (Publicada no D.O.U. de 6/11/1996). Brasília, DF, 1997. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2009.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de Organização da Atenção Básica. Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.444, de 28 de dezembro de 2.000. 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 República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 29 dez. 2000. Seção 1, p. 85.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Plano de Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica. Brasília, DF, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 267, de 06 de março de 2001. Regulamenta a Portaria n.º 1.444, definindo as diretrizes e normas de inclusão das ações de saúde bucal no Programa de Saúde da Família. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 06 mar. 2001b. Seção 1, p. 67.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 27 fev. 2002. Seção 1, p. 52.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 384, de 04 de abril de 2003. Altera o capítulo III – Critérios de habilitação e desabilitação de municípios e estados da NOAS-SUS 01/2002. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 07 abr. 2003a. Seção 1, p.51.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 673, de 03 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal no âmbito do PSF, parte integrante do PAB. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 04 jun. 2003b. Seção 1, p. 44.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 21, de 05 de janeiro de 2005. Referente ao Pacto de Indicadores de Atenção Básica. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 05 jan. 2005a. Seção 1, p. 57.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – Resultados principais. Brasília, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto Pela Saúde 2006. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 22 fev. 2006a. Seção 1, p. 43.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 493, de 10 de março de 2006. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica-2006. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 13 mar. 2006b. Seção 1, p. 45.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pacto de Indicadores da Atenção Básica. Brasília, 2006c.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília, DF, 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 91, de 10 de janeiro de 2007. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores de pacto pela saúde. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 28 fev. 2007a. Seção 1, p. 132.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde. Brasília, DF, 2007b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 21).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 325, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do pacto pela vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 21 fev. 2008a. Seção 1, p. 37-31.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Análise dos Indicadores da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil. Brasília, DF, 2008b.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal Cadernos de Atenção Básica n.º 17. Brasília, DF, 2008c.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde . Oficina de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados. . CONASS. Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.669, de 06 de novembro de 2009. Referente aos Indicadores do Pacto Pela Saúde biênio 2010-2011. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 06 nov. 2009b. Seção 1, p.58.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2008 20 Anos do SUS no Brasil. Brasília, DF, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 48, de 13 de janeiro de 2009. Referente aos Indicadores do Pacto Pela Saúde 2009d. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 13 jan. 2009d. Seção 1, p. 62.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Pactuação Unificada de Indicadores. Avaliação 2007. Brasília, DF, 2010.

CARVALHO, M. S. et al. Análise de dados de área. In: DRUCK, S. et al. Análise espacial de dados geográficos. Brasília, DF: EMBRAPA, 2004.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1., 1986, Brasília, DF. Relatório Final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2., 1993, Brasília, DF. Relatório Final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1993.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL 3., 2005, Brasília, DF. Relatório Final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

DONABEDIAN, A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press, 1973.

DUARTE, E. C. et al. Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

FERNANDES, L. S.; PERES, M. A. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicações socioeconômicas municipais. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 930-936, 2005.

FISCHER, T. R. Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no sul do Brasil. 2008. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008. Disponível em: <www.bib.unesc.net/biblioteca/php/>. Acesso em 14 abr. 2010.

FRIAS, A. C. et al. Determinantes individuais e contextuais da prevalência de cárie dentária não tratada no Brasil. Revista Panamericana de Salud Publica, Washington, v. 22, n. 4, p. 279-285, 2007.

IBGE. Censo Demográfico 2000: Características da População e dos Domicílios: Resultados do Universo. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>>. Acesso em: 1 ago. 2010.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003. Acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro, 2005.

JUNQUEIRA, S. R. et al. Indicadores socioeconômicos e recursos odontológicos em municípios do Estado de São Paulo, Brasil, no final do Século XX. Epidemiologia e Serviços de Saúde, São Paulo, v. 4, n. 15, p. 41-53, 2006.

MOREIRA, R. S.; NICO, L.S; TOMITA; N. E. A relação entre espaço e saúde bucal coletiva: por uma epidemiologia georreferenciada. Revista Ciências e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 275-284, 2007.

MOREIRA, R. S. A saúde bucal de idosos e sua descrição espacial: a epidemiologia georreferenciada. 2005. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de São Paulo, Botucatu, 2005.

NARVAI, P. C. et al. Cárie Dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. Revista Panamericana de Salud Publica. Washington, v. 19, n. 6, p. 384-393, 2006.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Targets for health for all. Copenhagen, 1985. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/Document/PAE/conceptsrpd414.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2009.

- PATUSSI, M. P. et al. O uso da epidemiologia nos serviços de atenção à saúde bucal. In: PERES, M. A. Fundamentos de Odontologia: epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- PERES, M. A.; ANTUNES, J. L. F. O método epidemiológico de investigação e sua contribuição para a saúde bucal. In: PERES, M. Fundamentos de Odontologia: epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- PERES, S. H. C. S. et al. Polarização da cárie dentária em adolescentes, na região sudoeste do Estado de São Paulo, Brasil. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2155-2162, 2008.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Atlas do desenvolvimento humano e condições de vida: indicadores brasileiros. Disponível em: <www.pnud.org.br/atlas>. Acesso em: 1 ago. 2010.
- REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE (Brasil). Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília, DF, 2008.
- RONCALLI, A. G. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1665-1675, 2005.
- RONCALLI, A. G. Saúde Bucal – Brasil: as desigualdades entre as famílias brasileiras. In: MOYSÉS, S. T. et al. Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008.
- SILVEIRA, A. D. F. A saúde bucal nas esferas de gestão do SUS. In: BOTAZZO, C.; OLIVEIRA, M.A. Atenção básica no SUS: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. São Paulo: Páginas e Letras, 2008.
- SIQUEIRA, P. C. et al. Análise situacional da produção da atenção em saúde bucal em municípios do Estado de Goiás, Brasil. Relatório de pesquisa. Goiânia: Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Goiás, 2009.
- STARFIELD, B. Improving equity in health: a research agenda. International Journal of Health Services. Inglaterra. v. 13, n. 3, p. 545-566, 2001.
- TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para o debate. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 325-330, abr./jun., 1997.
- VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.9,n.3,p. 711-724, 2004.
- VIANA, A. L. A.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D. Política de saúde e equidade. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v.17, n 1, p. 58-68, 2003.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. International Journal of Health Services, Westport, v.22, n. 3, p. 429-45,1992.