



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO E SERVIÇOS DE
SAÚDE



Pollyanna de Sá Gomes Lima Ferraz

Maria das Graças Santana de Lima

PERFIL DAS AÇÕES BÁSICAS EM ODONTOLOGIA
NOS MUNICÍPIOS DA XIª REGIONAL DE SAÚDE EM
PERNAMBUCO, 2000 A 2007

RECIFE
2008

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Pollyanna de Sá Gomes Lima Ferraz
Maria das Graças Santana de Lima

**PERFIL DAS AÇÕES BÁSICAS EM ODONTOLOGIA NOS MUNICÍPIOS DA XIª
REGIONAL DE SAÚDE EM PERNAMBUCO, 2000 A 2007**

**Recife
2008**

Pollyanna de Sá Gomes Lima Ferraz

Maria das Graças Santana de Lima

**PERFIL DAS AÇÕES BÁSICAS EM ODONTOLOGIA NOS MUNICÍPIOS DA XIª
REGIONAL DE SAÚDE EM PERNAMBUCO, 2000 A 2007**

Monografia apresentada ao
Curso de Especialização
em Saúde Pública do
Departamento de Saúde
Coletiva, Centro de
Pesquisas Aggeu
Magalhães, Fundação
Oswaldo Cruz para
obtenção do título de
especialista em gestão de
sistemas e serviços de
saúde.

Orientador: Petrônio José de Lima Martelli

Recife
2008

Pollyanna de Sá Gomes Lima Ferraz
Maria das Graças Santana de Lima

PERFIL DAS AÇÕES BÁSICAS EM ODONTOLOGIA NOS MUNICÍPIOS DA
XIª REGIONAL DE SAÚDE EM PERNAMBUCO, 2000 A 2007

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de especialista

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Titulação e Nome
Instituição que pertence

Titulação e Nome
Instituição que pertence

Titulação e Nome
Instituição que pertence

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte imorredoura de sabedoria, de felicidade e de luz.

Ao orientador Petrônio Martelli, pelo apoio contínuo na pesquisa.

Ao amigo Fernando Castim Pimentel pela sabedoria, instrumento vital para esta construção.

Aos mestres da casa, pelos conhecimentos transmitidos.

A diretoria do curso de especialização pelo apoio e pela coragem de empreender no meio do sertão nordestino.

Aos nossos pais, esposo, filhas e irmãos pelo incentivo e pela compreensão nas nossas ausências.

“O interior de uma casa é a projeção natural da alma”

COCO CHANEL

FERRAZ, Pollyanna de Sá Gomes Lima; LIMA, Maria das Graças Santana. **Perfil das ações básicas em odontologia nos municípios da XIª Regional de Saúde em Pernambuco, 2000 a 2007.** 2008. Monografia (Especialização em Gestão e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

RESUMO

O objetivo deste estudo é analisar o perfil das ações básicas em odontologia nos municípios pertencentes à XIª Regional de Saúde no sertão do estado de Pernambuco, com sede na cidade de Serra Talhada, no período de 2000 a 2007. Trata-se de um estudo descritivo. Trata-se de um estudo descritivo, no qual os dados relativos aos procedimentos odontológicos da rede ambulatorial dos municípios foram obtidos do Sistema de Informação Ambulatorial do Ministério da Saúde. Ao analisar o indicador de cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada, os resultados mostram um verdadeiro descaso com essa ação: apenas três municípios realizam esse tipo de procedimento (Carnaubeira da Penha, Santa Cruz da Baixa Verde e Serra Talhada). Além disso, esses valores não chegam a atingir a meta do município que é de 10%. Os procedimentos coletivos, os procedimentos preventivos individuais e os procedimentos restauradores tiveram maior destaque em 2007; o procedimento primeira consulta odontológica programática, em 2005; os procedimentos cirúrgicos estiveram em evidência no ano de 2006. Dentre os grupos de procedimentos realizados pelos municípios da Regional, os cirúrgicos estão em maior quantidade durante toda série histórica, com 38,06%, seguido dos procedimentos preventivos individuais com 22,56%. Portanto, observou-se a falta de compromisso de muitos municípios em oferecer os procedimentos coletivos à sua população e a reprodução de um modelo curativista, contrariando a lógica do Programa de Saúde da Família.

Palavras-chave: Saúde bucal. Serviços de saúde bucal. Programa saúde da família. Sistemas de informação.

FERRAZ, Pollyanna de Sá Gomes Lima; LIMA, Maria das Graças Santana. **Profile of the basic actions in odontology in XI^a's regional municipal districts of health in Pernambuco, 2000 to 2007.** 2008. Monograph (Specialization in health administration and services) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the profile of shares in basic dentistry in the cities of the XI Regional Health, in the backwoods of the state of Pernambuco, with headquarters in the city of Serra Talhada, for the period 2000 to 2007. It is a descriptive study and the data of the odontological procedures of the ambulatorial net of cities were obtained of the Ambulatorial Information System of the Ministry of Health. In examining the indicator of coverage of collective action supervised brushing teeth, the results showed a neglect with this action: only three cities performed this type of procedure (Carnaubeira da Penha, Santa Cruz da Baixa Verde and Serra Talhada). Furthermore, these values are not enough to achieve the goal of the cities which is 10%. The collective procedures, preventive individual procedures and restorative procedures were more prominent in 2007; the first consultation procedure dental program, in 2005; the surgical procedures were in evidence in 2006. Among the groups of procedures performed by the Regional cities, the surgical are in greater quantity throughout historical series, with 38.06%, followed for the individual preventive procedures with 22.56%. Therefore, there isn't a commitment of many cities in offering collective procedures to your population and reproduction of a curative model, contradicting the logic of the Family Health Program.

Key words: Oral health. Dental health services. Family health program. Information systems.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|---------------------|--|----|
| Gráfico 1 - | Número absoluto dos procedimentos odontológicos realizados na XIª GERES no período de 2000 a 2007..... | 22 |
| Gráfico 2 - | Procedimentos Betânia, 2000 a 2007..... | 24 |
| Gráfico 3 - | Procedimentos Calumbi, 2000 a 2007..... | 25 |
| Gráfico 4 - | Procedimentos Carnaubeira da Penha, 2000 a 2007..... | 27 |
| Gráfico 5 - | Procedimentos Flores, 2000 a 2007..... | 29 |
| Gráfico 6 - | Procedimentos Floresta, 2000 a 2007..... | 30 |
| Gráfico 7 - | Procedimentos Itacuruba, 2000 a 2007..... | 32 |
| Gráfico 8 - | Procedimentos Santa Cruz da Baixa Verde, 2000 a 2007..... | 33 |
| Gráfico 9 - | Procedimentos São José do Belmonte, 2000 a 2007..... | 35 |
| Gráfico 10 - | Procedimentos Serra Talhada, 2000 a 2007..... | 37 |
| Gráfico 11 - | Procedimentos Triunfo, 2000 a 2007..... | 38 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Distribuição dos indicadores de saúde bucal por município da XIª GERES no ano de 2007..... | 40 |
|--|----|

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|--------|--|
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| MS | Ministério da Saúde |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| SIA | Sistema de Informações Ambulatoriais |
| PROSAD | Programa de Saúde do Adolescente |
| CSB | Coordenador de Saúde Bucal |
| SIAB | Sistema de Informações da Atenção Básica |
| SESC | Serviço Social do Comércio |
| GERES | Gerência Regional de Saúde |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 14 |
| 1.1 | Informação em Saúde..... | 15 |
| 2 | JUSTIFICATIVA | 17 |
| 3 | OBJETIVOS | 18 |
| 3.1 | Objetivo geral..... | 18 |
| 3.2 | Objetivos específicos..... | 18 |
| 4 | METODOLOGIA | 19 |
| 4.1 | Tipo de estudo..... | 19 |
| 4.2 | Área de estudo..... | 19 |
| 4.3 | População de estudo..... | 19 |
| 4.4 | Período do estudo..... | 19 |
| 4.5 | Variáveis do estudo..... | 19 |
| 4.6 | Coleta de dados..... | 20 |
| 4.7 | Procedimento e Análise dos dados..... | 20 |
| 4.8 | Aspectos Éticos..... | 21 |
| 5 | RESULTADOS | 22 |
| 5.1 | XIª GERES..... | 22 |
| 5.2 | Perfil da Saúde Bucal nos municípios..... | 24 |
| 5.2.1 | Município de BETÂNIA..... | 24 |
| 5.2.2 | Município de CALUMBI..... | 25 |
| 5.2.3 | Município de CARNAUBEIRA DA PENHA..... | 27 |
| 5.2.4 | Município de FLORES..... | 29 |
| 5.2.5 | Município de FLORESTA..... | 30 |
| 5.2.6 | Município de ITACURUBA..... | 32 |
| 5.2.7 | Município de SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE..... | 33 |
| 5.2.8 | Município de SÃO JOSÉ DO BELMONTE..... | 35 |
| 5.2.9 | Município de SERRA TALHADA..... | 37 |

| | |
|----------------------------------|-----------|
| 5.2.10 Município de TRIUNFO..... | 38 |
| 5.3 Indicadores..... | 40 |
| 6 DISCUSSÃO..... | 42 |
| 7 CONCLUSÃO..... | 45 |
| 8 REFERÊNCIAS..... | 46 |

1 INTRODUÇÃO

Para contemplar o processo de descentralização da gestão e gerência pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para os Estados e Municípios, foram criadas estratégias para a consolidação deste sistema que permitisse avanços na organização das ações e dos serviços. O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado desde 1994 com este objetivo, visando o reordenamento do modelo vigente de atenção básica em saúde, sendo considerado como estruturante dos sistemas municipais (BARROS, 2003).

O território e a população adscrita, o trabalho em equipe e a intersetorialidade constituem eixos fundamentais de sua concepção e as visitas domiciliares, uma de suas principais estratégias, objetivando ampliar o acesso aos serviços e criar vínculos com a população. A compreensão desses aspectos é fundamental para a discussão do processo de trabalho em saúde, dos processos de gestão, de educação permanente/continuada e de avaliação de serviços (BRASIL, 2004).

Com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família, as ações de saúde bucal foram definitivamente incluídas na Estratégia de Saúde da Família. Tal instrumento foi regulamentado pela Portaria GM/MS nº 267, de 6 de março de 2001, que aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia, por meio do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica (BRASIL, 2002)

Até junho de 2006, tinham sido implantadas 13.707 equipes de saúde bucal no PSF, em todo país, e criados 200 novos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), além de ampliados, equipados ou reformados outros 170, o que também garante o direito de acesso a procedimentos mais complexos a pacientes especiais. É um investimento importante para a equidade em um país onde 10 milhões de habitantes não possuem dentes nem dentaduras, onde ocorrem milhares de óbitos por câncer de boca, onde falta diagnóstico precoce e é baixa a cobertura da saúde bucal; um país onde, antes, o tratamento limitava-se à extração dentária (BRASIL, 2006).

1.1 Informação em Saúde

A informação em saúde é prioridade recente de governo, especialmente com a introdução dos processos de pactuação de indicadores de saúde – Pacto pela Saúde, Pacto da Vigilância em Saúde, etc. –, estratégias que fortalecem a informação e as análises de situação de saúde e valorizam os sistemas de informações com a ampliação do seu uso. Apesar das dificuldades na produção dos dados, ainda existem outros entraves como a falta de estrutura (recursos materiais e humanos, por exemplo), que muitas vezes, tornam precária a informação. Apesar disso, muito se tem avançado no Brasil com a melhora importante na cobertura e qualidade das informações em saúde (BRASIL, 2008).

O objetivo do Sistema de Informação em Saúde (SIS) deve ser o de informar ao público, a seus representantes políticos, funcionários, administradores, gestores e prestadores de serviço sobre a natureza e amplitude dos problemas de saúde, sobre o impacto de uma ampla gama de influências na saúde individual e coletiva, bem como apoiar os processos de tomada de decisão e de gestão para a resolução desses problemas (BRANCO, 2001).

No setor público de saúde, reconhecem-se a importância de empreender esforços para a obtenção e manutenção de dados e informações de abrangência nacional, que permitam o acompanhamento do SUS em todo o país, possibilitando análises comparativas entre os diversos estados, municípios e regiões, de forma a subsidiar a tomada de decisões em todos os níveis de gestão. A informação é fundamental para a democratização e o aprimoramento da gestão do setor saúde (FERREIRA, 2001).

Um adequado sistema de avaliação em saúde bucal deve estar alicerçado em um sistema de informações que apure e consolide dados de ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e de acompanhamento dos serviços. A maior parte das informações deverá estar disponível no nível local do sistema, sendo que o nível central deverá consolidar os dados do sistema municipal. O Sistema de Informações em Saúde Bucal consolidará as principais informações epidemiológicas, fazendo análises periódicas sobre o comportamento dos principais problemas e acompanhará a vigilância sanitária de estabelecimentos odontológicos, de produtos de higiene bucal, de bebidas e de medicamentos. Em relação ao acompanhamento da produção de atendimentos e procedimentos, preconiza-se a organização de

registros comuns para os serviços de mesma característica, com o desenvolvimento de indicadores. Esses indicadores serão individuais (por profissional) ou coletivos (por equipe de saúde bucal ou equipe de saúde do serviço) (MANFREDINI, 2003).

Os profissionais da atenção básica devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que correspondam às necessidades da comunidade e de articular os diversos setores envolvidos na promoção de saúde (BRASIL, 2004).

O sucesso ou o fracasso de nossos projetos destinados a elevar o nível de saúde bucal da população, por melhor que seja o seu planejamento, por mais eficientes que sejam os métodos propostos, por mais favorável que seja o ambiente e por mais clara que seja a definição dos seus objetivos, depende fundamentalmente de recursos humanos adequadamente bem-qualificados e não apenas da quantidade de recursos humanos disponíveis. Quando se menciona a expressão “preparação adequada”, deve-se ter em mente não apenas a utilização do profissional de saúde bucal para a solução de problemas imediatos, mas também a sua capacitação para sentir e gradualmente ajustar o seu comportamento às modificações de natureza tecnológica, sócio-econômica e cultural, cuja interação obriga a uma constante revisão do papel a ser desempenhado pela odontologia como instituição social (QUELUZ, 2003).

2 JUSTIFICATIVA

As propostas do SUS em todos os níveis de atenção a saúde são altamente qualificadas. Têm-se profissionais de ponta para desenvolver estratégias em todos os setores, porém os profissionais que são os responsáveis pelo “funcionar” não foram capacitados para isto e continua-se a trabalhar da mesma maneira ineficiente de tantos anos atrás. Existem programas nas mais diversas faixas etárias: Criança Feliz, Prosad, Saúde do Idoso, entre tantos existentes, mas continua-se a marcar fichas de atendimento na Unidade Básica da Família para o que se chama “demanda reprimida”. Inexiste um planejamento local adequado; falta trabalho com a comunidade para que a mesma entenda o funcionamento de uma equipe básica; falta entendimento para que a equipe de trabalho solucione os problemas em conjunto; falta capacitação do profissional para o funcionamento adequado do sistema.

A comunidade sabe que melhorou a atenção básica, embora não conheça os seus direitos, talvez porque os profissionais não mudaram. Mesmo sendo a proposta de uma saúde bucal de promoção, prevenção e recuperação da saúde de forma contínua e integral, os nossos profissionais continuam encostados em mochos esperando o próximo paciente, sem a visão de que os problemas de saúde bucal do paciente vão muito além de uma boca.

Outro grande problema tem sido a oferta de procedimentos pelas equipes de saúde bucal, pois, para Cardoso, Santos Junior e Souza (2002), “a atenção à saúde bucal no Brasil tem-se caracterizado pela insuficiência de procedimentos coletivos e preventivos individuais e pela baixa cobertura de procedimentos curativos e de urgência”.

Este estudo é uma maneira de despertar a atenção dos gestores locais para o SIA-SUS, Sistema de Informação Ambulatorial que, embora com a lógica predominantemente contábil de controle de gastos, segundo Barros e Chaves (2003), permite também a construção de indicadores quantitativos de ações desenvolvidas, orientando a avaliação da organização da saúde bucal na nossa região e servindo como ferramenta eficaz quando na tomada de decisões forem necessárias atitudes que venham a promover saúde, restabelecer funções e não mais mutilar a população.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar o perfil das ações básicas em odontologia na população da região que compreende os municípios pertencentes à XIª Regional de Saúde, localizada em Serra Talhada, no Sertão do estado de Pernambuco, no período de 2000 a 2007.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever a evolução das ações básicas em odontologia em cada município da XIª Regional de Saúde de Pernambuco;
- Analisar a organização assistencial para oferecimento de procedimentos odontológicos na atenção básica dos municípios da XIª Regional de Saúde de Pernambuco.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Análise descritiva, temporal, das ações básicas em odontologia na população de residentes da XIª Regional de Saúde, utilizando-se dados de produção ambulatorial do Ministério da Saúde, do banco de informações do SIA, no período de 2000 a 2007.

4.2 Área de estudo

A XIª Regional de saúde de Pernambuco foi criada a partir do desmembramento da Xª Regional de Saúde, porque compreendia uma área muito abrangente o que dificultava o acesso de gestores e documentos. Está localizada no sertão do Pajeú e é composta pelas cidades de Serra Talhada (SEDE), Calumbi, Flores, Santa Cruz da Baixa Verde, Triunfo, Betânia, São José do Belmonte, Floresta, Carnaubeira da Penha e Itacuruba. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os municípios da Regional contavam com uma população total no ano de 2007 de 206662 habitantes.

4.3 População de estudo

A população de estudo foi constituída pelo universo dos procedimentos básicos em odontologia realizados nos municípios que compõem a XIª Regional de Saúde.

4.4 Período do estudo

O período de estudo corresponde aos anos de 2000 a 2007.

4.5 Variáveis do estudo

Os procedimentos utilizados no presente estudo encontram – se na tabela do SIA-SUS e correspondem ao grupo 03 (procedimentos odontológicos básicos), além

de três procedimentos do grupo 10 que a partir da NOAS/01, passaram a compor o elenco de procedimentos odontológicos básicos individuais 1004101, 1005115, e 1005136. O total de procedimentos selecionados foi classificado da seguinte forma:

1. **Procedimentos coletivos:** códigos 0301101 a 0301105
 - 1.1 **Ação coletiva de escovação dental supervisionada:** código 0301102
2. **Primeira consulta odontológica programática:** código 0302101
3. **Procedimentos preventivos individuais:** códigos 0302201 a 0302208
4. **Procedimentos restauradores:** códigos 0303101 a 0303115; 1004101
5. **Procedimentos cirúrgicos:** códigos 0304101 a 0304107; 1005115 e 1005136

4.6 Coleta de dados

Os dados do SIA/SUS, disponibilizados pelo Ministério da Saúde através do site www.datasus.gov.br, foram tabulados pelo programa Tabwin versão 3.2.

Foi escolhida a “quantidade apresentada” pelos municípios, pois esse modo de registro contém todos os procedimentos informados ao sistema, independente do teto estipulado, facilitando a análise.

Segundo Barros & Chaves (2003), a consulta ao SIA/SUS permite um acompanhamento da programação da produção ambulatorial odontológica e a construção de alguns indicadores quantitativos das ações desenvolvidas, orientando a avaliação da organização da saúde bucal nos municípios.

4.7 Procedimento e Análise dos dados

Posteriormente à coleta dos dados, foi realizada uma classificação dos tipos de procedimentos odontológicos básicos realizados pela XIª e por cada município que a compõe ao longo do período de estudo em planilhas eletrônicas do software Microsoft Excel (Windows). Além disso, foram calculados os indicadores de saúde bucal “cobertura da primeira consulta odontológica programática”, “cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada” e “média de procedimentos

odontológicos básicos individuais” contidos na portaria nº 493 de 13 de março de 2006, o que possibilitou a comparação dessas informações entre os municípios. Os resultados do estudo foram apresentados na forma de proporções em tabelas e gráficos.

4.8 Aspectos Éticos

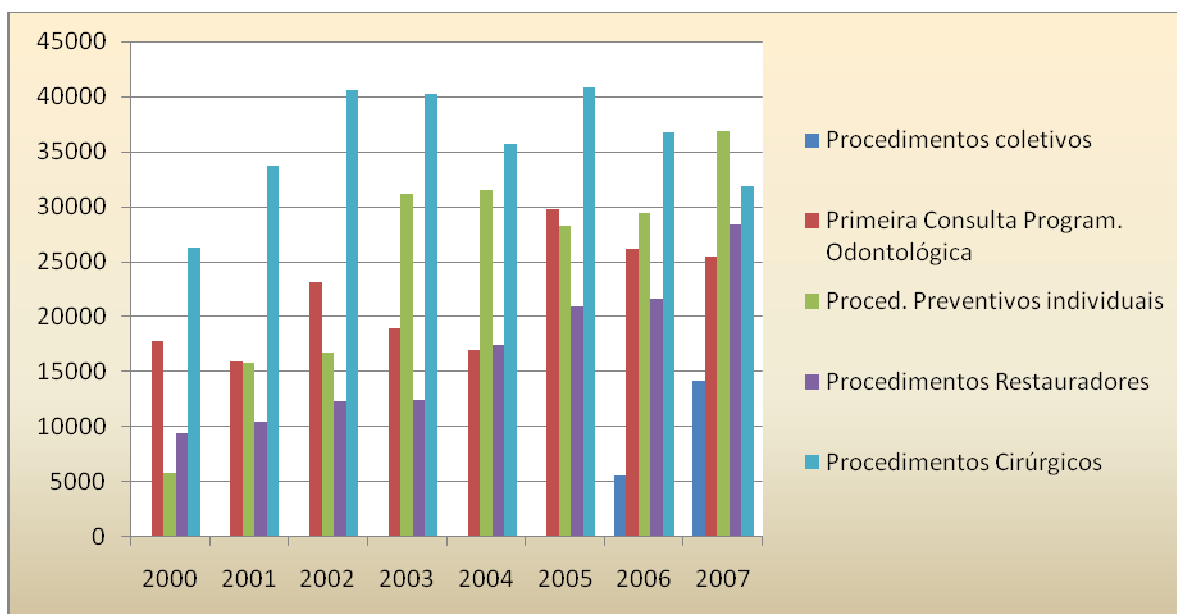
A pesquisa utilizou dados secundários retirados do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, o que de acordo com a resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulariza as pesquisas envolvendo seres humanos, não apresenta implicações éticas. O estudo foi realizado dentro dos padrões de ética científica, iniciando-se após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM/FIOCRUZ.

5 RESULTADOS

Os resultados a seguir mostram a distribuição dos procedimentos odontológicos básicos na XI GERES, no período de 2000 a 2007; o perfil desses procedimentos em cada um dos municípios; e os indicadores utilizados para acompanhar o desempenho dos municípios.

5.1 XI GERES

Gráfico 1. Número absoluto dos procedimentos odontológicos realizados na XI GERES no período de 2000 a 2007.



Fonte: Próprio autor

Os procedimentos coletivos, que neste estudo resumem-se apenas à ação coletiva de escovação dental supervisionada, somente passaram a ser realizados a partir de 2006. De acordo com o planejamento da política de saúde bucal do Governo Federal, deve-se dar prioridade a este tipo de ação para prevenção da cárie.

De acordo com os números observados na pesquisa, relativos ao procedimento primeira consulta odontológica, existem oscilações de resultados ao longo dos anos. Onde o melhor ano de cobertura da população foi em 2005 com o percentual de 17,10 % do total de atendimentos. Seguido dos anos 2006, 2007, 2002 2003, 2000, 2004 e 2001 com os respectivos valores percentuais 15,05%, 14,65%, 13,27%, 10,91%, 10,18%, 9,70% e 9,12%.

No caso dos procedimentos preventivos individuais, pode-se dividir o período de estudo em dois momentos: onde o primeiro (2000 a 2004) a cada ano estudado houve um acréscimo na quantidade apresentada no SIA nos municípios, semelhante ao segundo momento (2005 a 2007). O diferencial é que ocorreu uma queda substancial de 2004 a 2005 de 3280 atendimentos, que pode ser subentendido por mudança de gestão administrativa nos municípios.

Embora esse procedimento seja considerado o “carro chefe” da política do Ministério da Saúde, nota-se que ainda não é destaque na saúde pública municipal.

Diante dos resultados obtidos na pesquisa e através de conhecimento da expansão pelo Governo Federal de melhorias da implantação e implementação de novos processos de trabalho na saúde bucal, nota-se um aumento nos procedimentos restauradores ao longo dos anos estudados. Isso nos mostra que foram incrementados os procedimentos restauradores em detrimento dos procedimentos preventivos individuais.

5.2 Perfil da Saúde Bucal nos municípios

A seguir, é descrito o perfil dos procedimentos realizados em cada município da XI GERES

5.2.1 Município de BETÂNIA

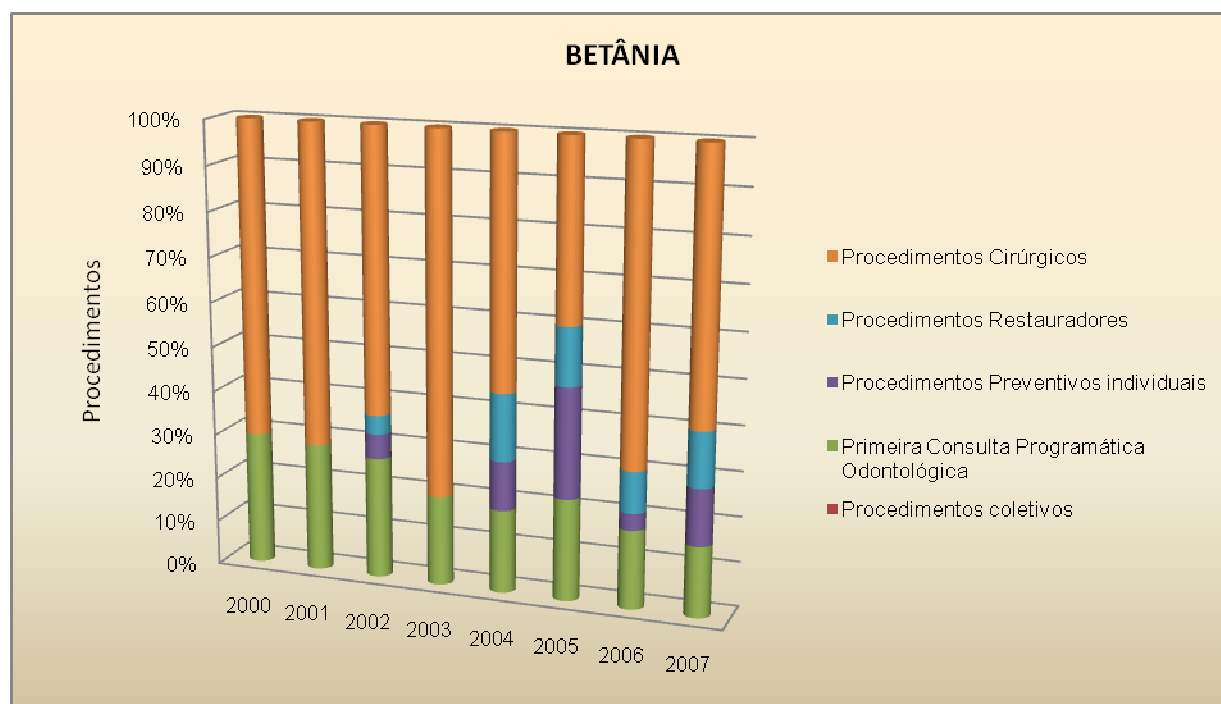


Gráfico 2. Procedimentos Betânia, 2000 a 2007.

De 2000 até 2001, os registros observados no SIA remetem a um município deficiente em atendimento odontológico, onde a população possuía acesso apenas à primeira consulta odontológica e a procedimentos cirúrgicos. Em 2002, ocorreu acréscimo dos procedimentos cirúrgicos, restauradores e primeira consulta programática odontológica. Tendo uma queda até o ano de 2003, esta, decorrente da falta de registro dos procedimentos preventivos individuais e também diminuição do acesso de pacientes à primeira consulta programática odontológica. A partir deste ano, até 2005, todos os procedimentos entraram em ascendência, sendo este, o ano dos maiores índices em todos os procedimentos. Entre 2005 e 2006, o total de procedimentos caiu muito, pela diminuição de todos os procedimentos e em especial, dos procedimentos preventivos individuais. Neste ano, apenas os procedimentos cirúrgicos cresceram. Em 2007 ocorreu queda no total geral dos

registros decorrente da diminuição dos procedimentos cirúrgicos em detrimento do aumento dos procedimentos preventivos individuais e restauradores. Durante todo o período estudado, não foi registrado nenhum procedimento coletivo, no caso, ação coletiva de escovação dental supervisionada.

Pelo Consolidado de Equipes de Saúde Bucal e Equipes de Saúde da Família - Junho/2008 apresentado, o município de Betânia, que possui uma população de 12.284 habitantes, está na proporção de equipes de Saúde Bucal desejada. No município existem atualmente quatro equipes de Saúde Bucal qualificadas, sendo duas no SIAB e duas implantadas.

5.2.2 Município de CALUMBI

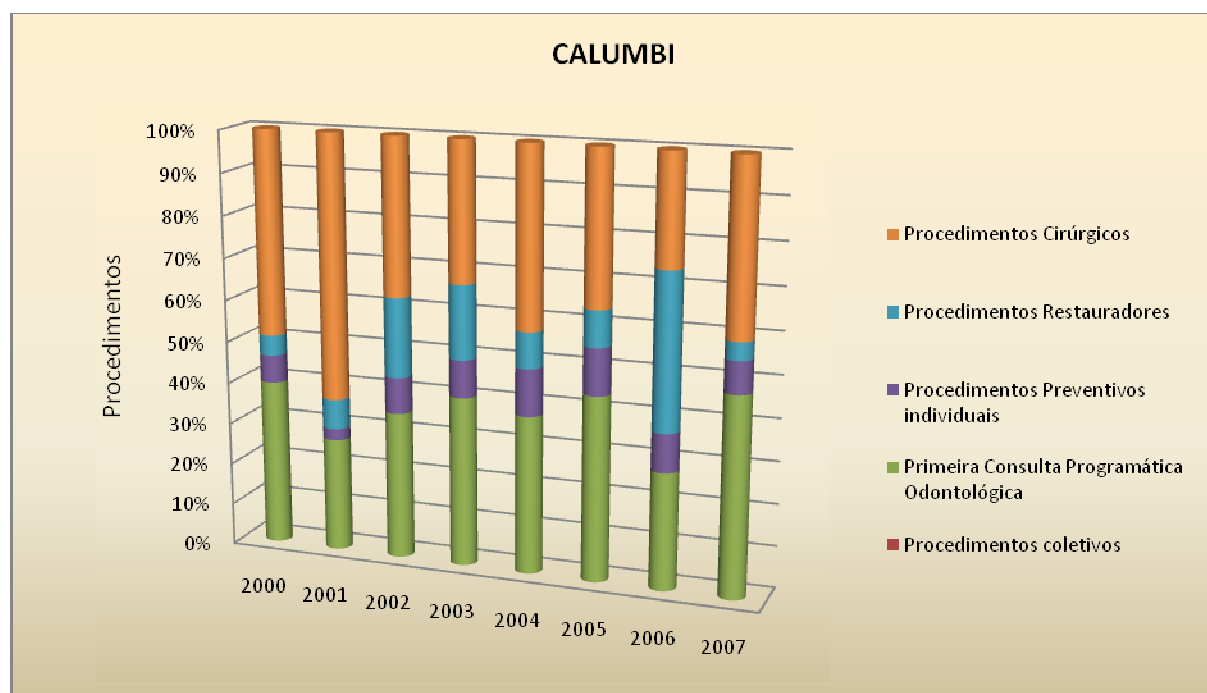


Gráfico 3. Procedimentos Calumbi, 2000 a 2007

Assim como no município de Betânia, não existiram registros de procedimentos coletivos, ou seja, ação coletiva de escovação dental supervisionada durante o estudo.

Os procedimentos preventivos individuais obtiveram ao longo dos anos um caráter de atenção desprivilegiada, com incremento apenas entre os anos de 2002 a 2005. O ano de 2000 e 2007 são os de piores resultados para o município, sendo

respectivamente, 5,5% e 6,27% do total produzido no período para este tipo de atendimento.

Em relação aos procedimentos restauradores, o município de Calumbi apresenta resultados desconexos, subentendendo a falta total de planejamento das ações e de uma gestão que não está focada nas políticas públicas atuais. O menor número desses procedimentos ocorreu no ano de 2007 com apenas 2,0% de todas as restaurações do estudo, equiparando-se ao ano de 2000 com 2,43%. Nos anos subsequentes, estes valores aumentaram e caíram sem seqüência lógica de fatos. O ano de 2006 apresentou a maior taxa do período com 27,93% de todas as restaurações.

De 2004 a 2005 Calumbi manteve um percentual constante de atendimentos em procedimentos restauradores, procedimentos preventivos individuais e primeira consulta programática; porém ocorreu uma queda acentuada em procedimentos cirúrgicos.

Os procedimentos cirúrgicos apresentados demonstraram quedas em alguns anos e em outros atraíram um percentual altíssimo, como o que se observa durante os anos de 2000 e 2001, com valores de 8,31% e 23,06%, seguidos por 15,95% no ano seguinte. Esses valores nos mostram que não existia um planejamento consistente acerca do tipo de atendimento executado. Os anos de 2006 e 2007 mostram que ocorreu uma queda acentuada destes; porém em relação aos outros tipos de procedimentos em geral, também foram o de pior acesso populacional. Totalizando os atendimentos em termos percentuais, o ano de 2007 conseguiu ser o pior resultado, com 6,8% na quantidade apresentada, enquanto o de maior acesso de pacientes foi o ano de 2002, com 17,55%.

Numa população de 7.228 habitantes, Calumbi possui 1 equipe de saúde bucal qualificada e 1 no SIAB, estando abaixo das proporções de 1:1 e 2:1, e possuindo ainda potencial de implantação para mais uma equipe de saúde bucal, isso conforme o Consolidado de Equipes de Saúde Bucal e Equipes de Saúde da Família - Junho/2008 apresentado pelo SIAB.

5.2.3 Município de CARNAUBEIRA DA PENHA

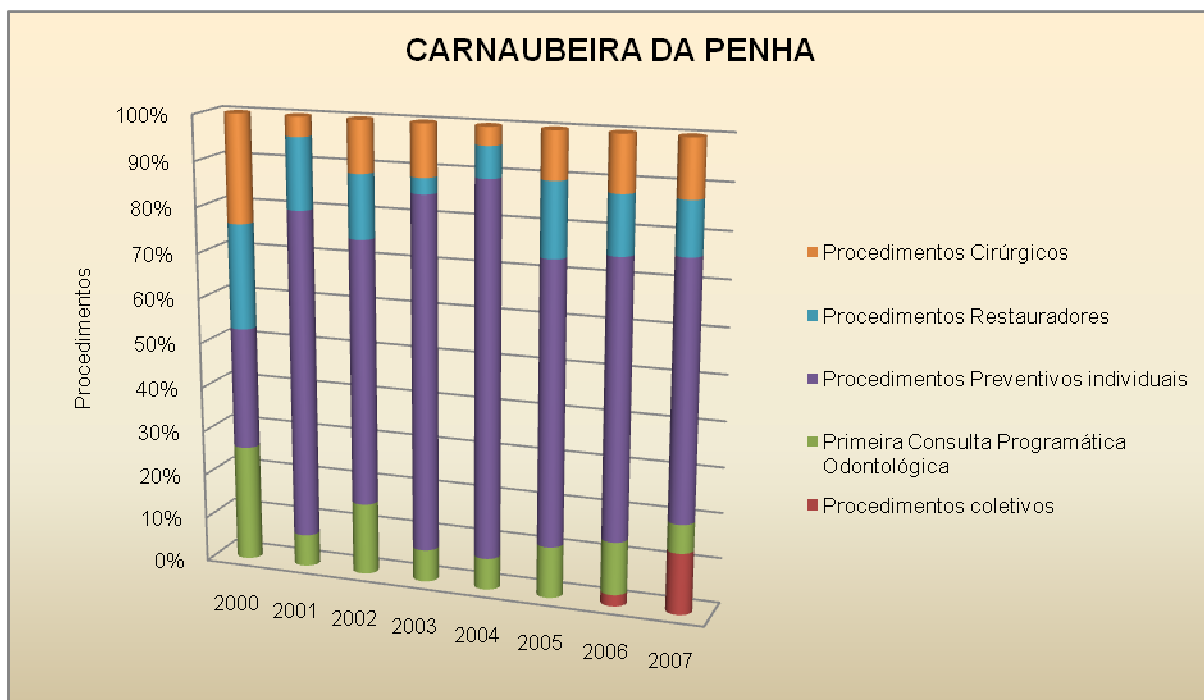


Gráfico 4. Procedimentos Carnaubeira da Penha, 2000 a 2007

A partir de 2006, Carnaubeira da Penha começa a apresentar no SIA valores correspondentes a procedimentos coletivos, e em 2007 consolida uma quantidade substancial de procedimentos correspondendo a 86,96%.

O procedimento primeiro consulta odontológica consegue valores significativos a cada ano subsequente, exceção apenas para o ano de 2002, que obtém um valor superior aos anos seguintes. Porém, o que se observa neste mesmo ano é que a quantidade de procedimentos cirúrgicos praticamente triplicou o valor do ano anterior, o que explicaria este valor alto para este atendimento. A partir de 2003, se observa um crescimento até o ano de 2004 e uma ligeira queda em 2005. O ano de 2006 obteve o melhor resultado de todos os tempos com 23,32% de todos os atendimentos. Em 2007, os valores novamente voltam a decrescer, e o município faz 15,65% de todas as primeiras consultas odontológicas.

Na entrada de novo governo em 2001, Carnaubeira da Penha sinalizou uma situação de crescimento em procedimentos preventivos individuais, assim como também em procedimentos restauradores e uma situação oscilante nos procedimentos cirúrgicos, talvez resquícios da situação de alta demanda neste tipo

de procedimento, pela carência da população em relação ao acesso que existia e que era restrito. O que houve em 2003 e 2004 foi um agravamento para baixos índices nos procedimentos restauradores, sendo estes colocados em níveis de mais ou menos 34 procedimentos/mês em 2003 e 74 procedimentos/mês em 2004 e, em contrapartida, elevados índices de procedimentos preventivos individuais, com 766 e 895 procedimentos/mês, respectivamente correspondentes aos anos de 2003 e 2004. Pelo indicador geral, do total de procedimentos, entre 2001 e 2004 ocorreu crescimento ao longo dos anos, totalizando o ano de 2004 um percentual de 13,95% que corresponde ao melhor deste período. Com a entrada do novo governo, a gestão continuou trabalhando para obter valores crescentes. Ocorrendo apenas a queda de 17,7% para 6,37% da quantidade de procedimentos preventivos individuais. E esta não está ligada a acréscimos de outros procedimentos, porque pouco se aumentou em relação aos outros. Os anos de 2005, 2006 e 2007 foram marcados por um nível ascendente em todo tipo de procedimento.

De acordo com o Consolidado de Equipes de Saúde Bucal e Equipes de Saúde da Família - Junho/2008 produzido pelo SIAB, o município de Carnaubeira da Penha possui três equipes de Saúde Bucal modalidade 1, onde numa população de 9.833 habitantes, esta proporção tanto a 1:1 quanto a 2:1 está abaixo da quantidade desejada e possui ainda potencial de implantação para mais duas equipes.

5.2.4 Município de FLORES

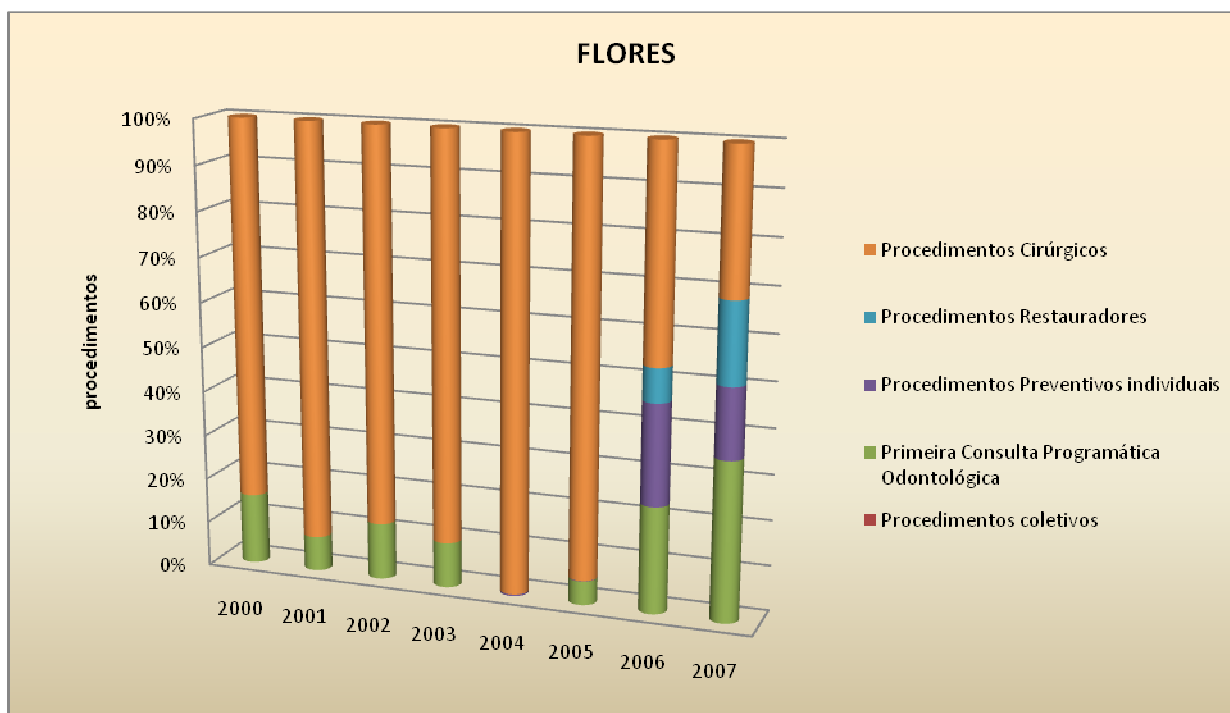


Gráfico 5. Procedimentos Flores, 2000 a 2007

Até os anos de 2004, os procedimentos preventivos individuais e restauradores eram inexistentes no município de Flores. Com a inclusão dos PSF e conseqüente inclusão do Programa de Saúde Bucal nos mesmos, o município foi adquirindo um perfil de atendimentos destes procedimentos, muito embora tenha sido consolidado apenas em 2006 e se efetivado como tal em 2007, atingindo valores significativos de quantidade apresentada ao SIA. Muito embora não tenha existido registro de procedimentos coletivos, a quantidade de procedimentos preventivos individuais é bastante significativa nos dois anos finais da pesquisa.

Dos municípios estudados até agora, Flores diverge na curva de procedimentos cirúrgicos, que apresenta um acréscimo significativo ao longo dos anos, isto representa a demanda reprimida pela falta de serviço oferecido, também pela quantidade de profissionais a serviço da população. O ano de maior significância para a população do município de Flores foi o de 2007, onde obteve 47,84% dos atendimentos contra 52,15%, soma do restante dos anos de atendimento do estudo.

De acordo com o Consolidado de Equipes de Saúde Bucal e Equipes de Saúde da Família - Junho/2008, no município de Flores existem três equipes de Saúde Bucal, modalidade 1 implantadas, qualificadas e no SIAB, onde numa população de 20.123 habitantes ainda existe potencial de implantação para mais quatro equipes.

5.2.5 Município de FLORESTA

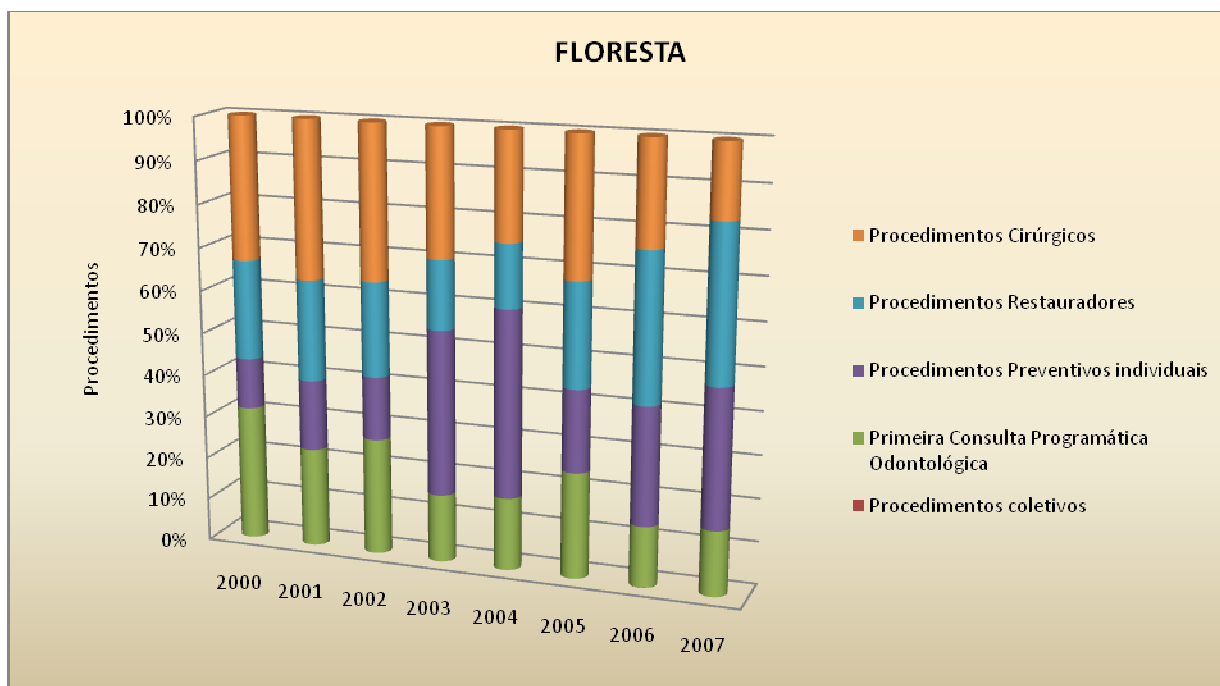


Gráfico 6. Procedimentos Floresta, 2000 a 2007

O Consolidado de Equipes de Saúde Bucal e Equipes de Saúde da Família - Junho/2008 informa que existem atualmente quatro equipes de Saúde Bucal qualificadas e implantadas e cinco no SIAB, todas na modalidade 1. O município possui 28.093 habitantes e está na proporção de equipes de saúde bucal, não possuindo potencial de implantação de equipes de Saúde Bucal.

Nos anos de 2000 e 2007, o município de Floresta apresentou ao SIA uma quantidade de primeira consulta programática odontológica bem superior aos outros anos do estudo, sendo 2007 o ano que teve maior acesso populacional. Um dos motivos para este intento foi o carro - odontomóvel - do SESC, que passou mais de seis meses atendendo a população, dentro da cidade de Floresta. Com isso, todos

os procedimentos - preventivos individuais, restauradores e cirúrgicos - obtiveram alta taxa de registro junto ao Ministério da Saúde. Exceção apenas para procedimentos coletivos que não tiveram nenhum registro, sendo que em 2006 ocorreu 9 atendimentos coletivos, que talvez tenha sido erro de digitação.

Durante todos os anos do estudo, todos os procedimentos no município de Floresta mostraram que ocorreu uma atenção singular a saúde bucal da população. De acordo com a média, obtida pela soma das médias de todos os anos, dividido pelos oito anos obtivemos a média de cada ano. Dividimos esta por doze meses. A seguir, a média cada mês foi dividido em 20 dias. A média total dos atendimentos ficou em 51,6 atendimentos/dia durante o período estudado. Para o município que tem cinco equipes de saúde bucal, cada um atendeu 10 pacientes/dia durante o estudo.

Os aumentos significantes em procedimentos dizem respeito aos preventivos individuais, aos restauradores e também a primeira consulta odontológica programática ao longo de 2005, 2006 e 2007 com entrada de nova gestão e uma visão voltada à prevenção, embora exista um número alto de procedimentos cirúrgicos em 2007, o maior do período, correspondente a 15,85% dos atendimentos. Contudo, não se descarta a gestão de 2001 a 2004 onde ocorreram trabalhos em torno de procedimentos preventivos individuais e também cirúrgicos. Ocorreu queda dos procedimentos restauradores neste período.

5.2.6 Município de ITACURUBA

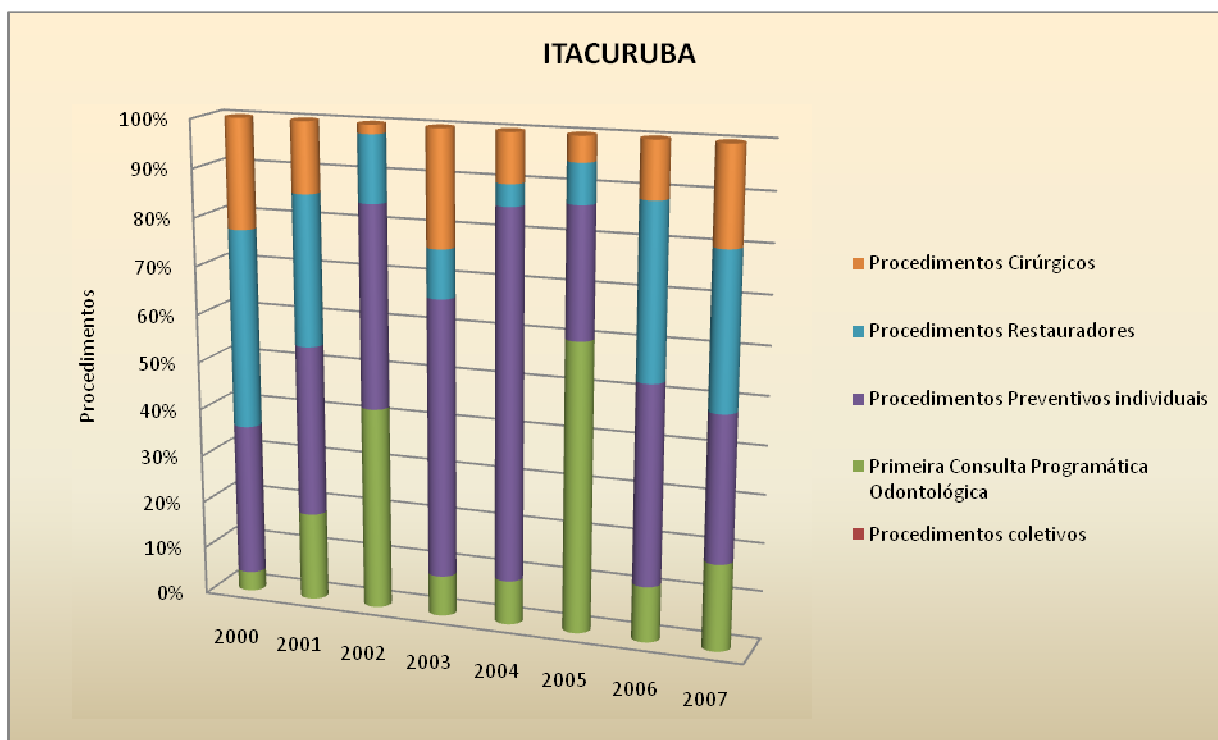


Gráfico 7. Procedimentos Itacuruba, 2000 a 2007

A população de Itacuruba atualmente é da ordem de 4.831 habitantes. Tem uma equipe de saúde bucal qualificada, no SIAB e implantada e, embora esteja na proporção, existe ainda o potencial de implantação para mais uma equipe de saúde bucal.

Analisando como se fosse um ano base seguido de duas gestões diferentes, tem-se o ano 2000 como princípio de novos projetos, o ano-base. A primeira fase vai de 2001 a 2004. A partir de 2001, crescem os procedimentos preventivos individuais até 2004. O melhor resultado do período foi neste ano com 17,67%. A primeira consulta odontológica até 2002 tem um grande impulso, mas que em 2003 e 2004 atingem os piores resultados de atendimento do período, ambas com 4,47% e 5,24% respectivamente. Procedimentos restauradores não foram enfocados nesta gestão. Com o passar dos anos, foram decrescendo a quantidade de procedimentos, atingindo em 2004 o valor percentual de 3,25% em relação ao quantitativo do período do estudo. Ocorreram oscilações em relação aos procedimentos cirúrgicos nesta fase. O pior resultado está localizado justamente

nela, onde, em um ano, foram feitos apenas 47 procedimentos. A segunda fase, de 2005 a 2007, mostra um desnível acentuado quando falamos de primeira consulta odontológica. Em 2005 aconteceu o melhor resultado de acesso de pacientes, onde 40,49% foram registrados. Já no ano de 2006 as primeiras consultas odontológicas caem para 4,63% das consultas estudadas no período. Os outros procedimentos, no restante dos anos, ou estacionaram, como no caso dos procedimentos preventivos individuais que tiveram em 2005, 10,35% e em 2006, 9,53%, ou cresceram em relação a 2005, como é o restante dos outros procedimentos. No final, o melhor resultado em relação à odontologia no município de Itacuruba foi o de 2007, com um total de 3.962 procedimentos executados.

Não ocorreram procedimentos coletivos ao longo do período estudado.

5.2.7 Município de SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

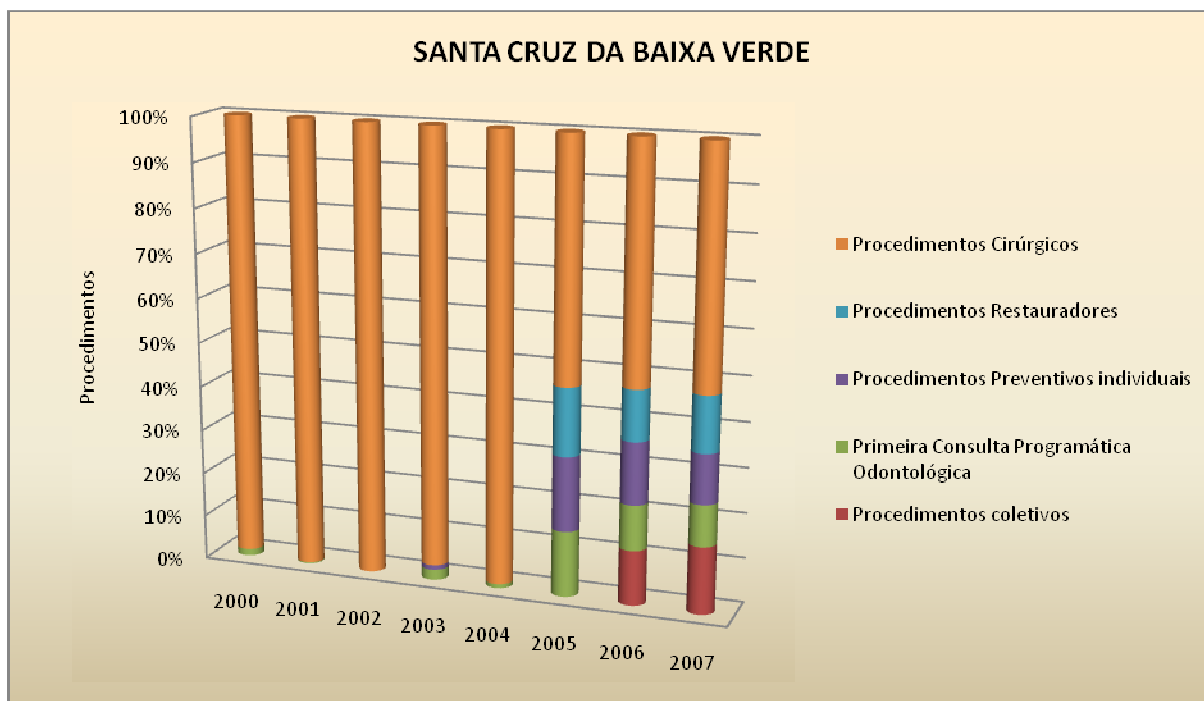


Gráfico 8. Procedimentos Santa Cruz da Baixa Verde, 2000 a 2007

Procedimentos coletivos são encontrados a partir do ano de 2006 com a inclusão do Programa de Saúde Bucal no PSF. Modifica-se também o quadro dos

procedimentos preventivos individuais, muito embora haja registro de 22 procedimentos no ano de 2003, e também o quadro de procedimentos restauradores. A partir de 2005, esses dois tipos de procedimentos começam a serem registrados pelo SIA do município, com valores bem superiores aos que antes existiam: no ano anterior à qualificação das USB, os registros alcançaram apenas 2042 procedimentos, quando no ano seguinte este valor passou a 29205 procedimentos/ano. Um percentual de acesso de 1,87% passou a 26,73%. Em relação à primeira consulta odontológica, até o ano de 2004, era apenas de 0,64% em média percentual de 2000 a 2004. Em 2005 este valor subiu para 33,85% e se manteve constante nos anos seguintes com taxas de 32,69% e 32,61% para os anos de 2006 e 2007, respectivamente.

No município de Santa Cruz da Baixa Verde o Consolidado de Equipes de Saúde Bucal e Equipes de Saúde da Família - Junho/2008 apresentado pelo SIAB nos mostra que existem atualmente quatro equipes de saúde bucal no SIAB qualificadas e apenas duas implantadas. Porém a proporção de 1:1 está abaixo da quantidade desejada. Para a sua população que é de 10.018 habitantes, existe ainda o potencial de implantação para mais uma equipe.

Embora existam registros de atividades de procedimentos cirúrgicos antes de 2004, estes são de valores realmente muito abaixo do que se tem registrado a partir de 2005, cuja tendência ao crescimento mostra a carência por este tipo de serviço oferecido de forma gratuita onde toda a população tem o acesso.

O ano onde aconteceu o maior número de procedimentos no período estudado foi o de 2007, com um percentual de 40,97% de acesso ao serviço odontológico.

5.2.8 Município de SÃO JOSÉ DO BELMONTE

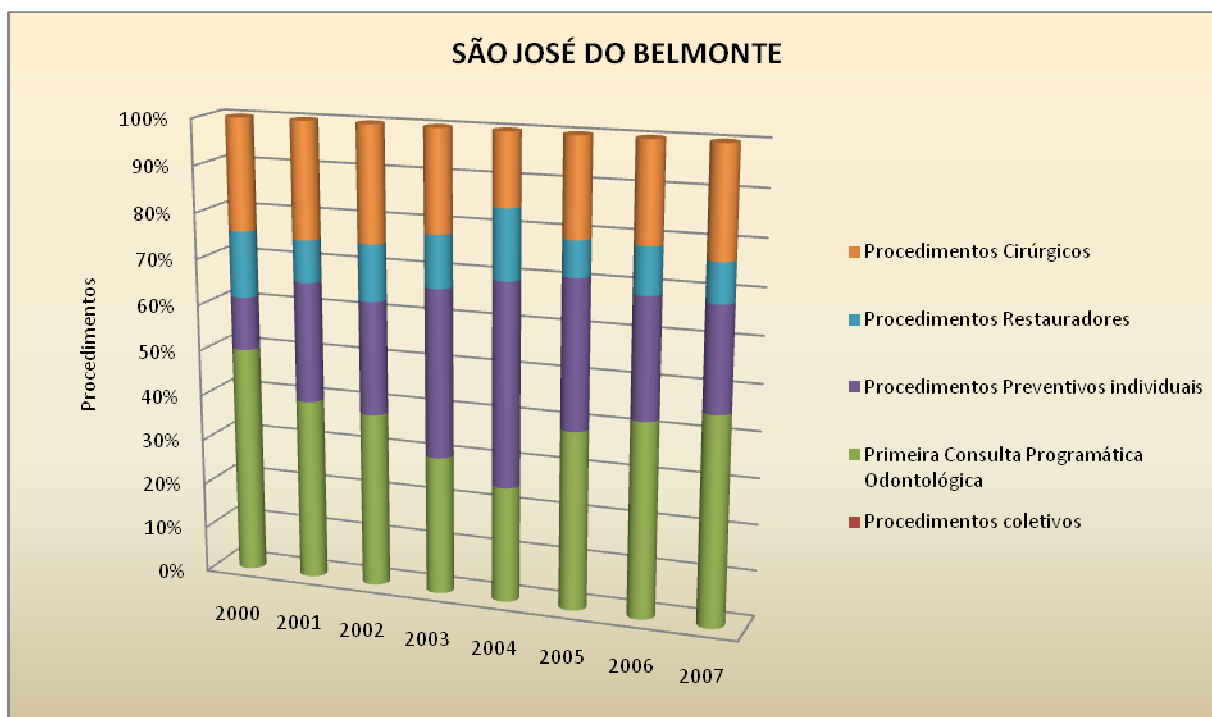


Gráfico 9. Procedimentos São José do Belmonte, 2000 a 2007

O Consolidado de Equipes de Saúde Bucal e Equipes de Saúde da Família - Junho/2008 apresentado pelo SIAB mostra que no município de São José do Belmonte, onde a população com 33.340 habitantes possui quatro equipes de saúde bucal, qualificadas e implantadas, sendo cinco no SIAB. A proporção de 1:1 está abaixo da quantidade esperada tendo ainda potencial para mais uma equipe de Saúde Bucal.

De acordo com os dados obtidos pelo DATASUS, o SIA registrou 2005 como o ano de melhor atendimento odontológico do período estudado. Novamente dividindo em três partes: 2000, o ano-base; 2001 a 2004, primeira fase; e 2005 a 2007 como segunda fase, por analogia a gestões diferentes, também encontramos períodos distintos.

Não é encontrado registro de procedimentos coletivos em nenhuma fase.

Em 2000 observou-se recorde em primeira consulta odontológica programática: 38,53 consultas/dia foi a média do município neste ano; foram 9248 consultas/ano. O maior valor do período estudado também, embora tenha tido 2005

como um rival fervoroso: 9154 consultas/ano. Neste ano o percentual de atendimentos foi de 12,34% em relação a todo período.

O período de 2001 a 2004 é marcado por grande quantidade de procedimentos. Nota-se apenas a tendência crescente dos procedimentos cirúrgicos e uma diminuição do procedimento primeira consulta programática odontológica. Os procedimentos preventivos individuais crescem, assim como também os procedimentos restauradores.

O ano de 2005 foi marcado pela maior taxa de atendimentos odontológicos de todo estudo. Foram 15,62% dos procedimentos realizados neste ano. Aumentou bastante a primeira consulta odontológica, os procedimentos cirúrgicos e, embora a quantidade de procedimentos preventivos tenha diminuído neste ano, o valor percentual deste em relação aos anos estudados foi de 17,61%, perdendo apenas para o ano anterior que foi de 20,69%.

Os anos de 2006 e 2007 são marcados por acréscimo de acesso da população aos consultórios odontológicos, a primeira consulta programática odontológica assume valores semelhantes a 2000. Contudo nestes anos ocorrem as menores quantidades de procedimentos restauradores: 1052 atendimentos/ano, que corresponde a 6,29% do período.

Durante todo período estudado, os procedimentos cirúrgicos assumiram um perfil constante de atendimentos sempre com valores muito altos de acesso populacional. O ano de 2007 obteve em números de atendimentos 2887 procedimentos cirúrgicos, valor que corresponde ao menor acesso do período.

5.2.9 Município de SERRA TALHADA

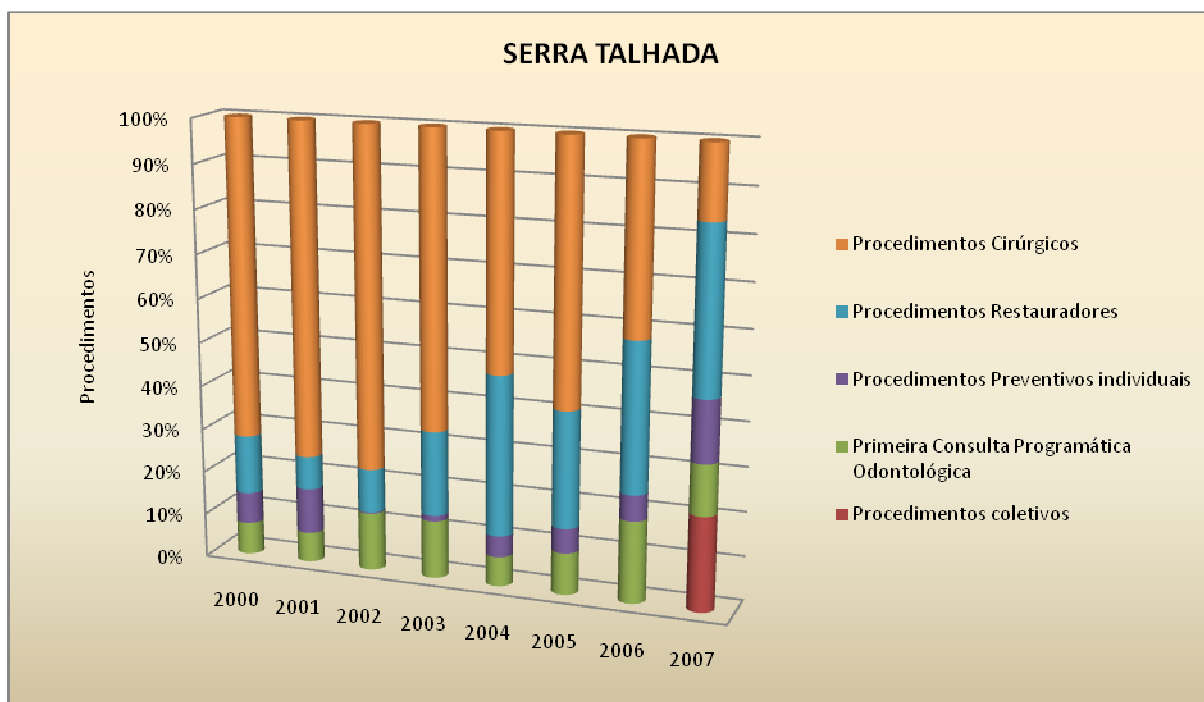


Gráfico 10. Procedimentos Serra Talhada, 2000 a 2007

O município de Serra Talhada apresenta uma população de 71.836 habitantes, segundo o Consolidado de Equipes de Saúde Bucal e Equipes de Saúde da Família - Junho/2008 apresentado pelo SIAB existem atualmente sete equipes de saúde bucal no SIAB, qualificadas e seis implantadas na modalidade 1. A proporção de 1:1 está abaixo da quantidade desejável, tendo ainda um potencial de implantação para mais cinco equipes.

De 2000 a 2003 os procedimentos cirúrgicos predominavam no município, contudo existiam ainda procedimentos restauradores e procedimentos preventivos individuais em quantidade insuficientes para a população do município.

A implantação de Programa de Saúde Bucal em Serra Talhada se deu na gestão de 2005, com a entrada de novo administrador público. Até então, Serra Talhada, a maior cidade da região, com índice de desenvolvimento maior do que as outras cidades, não possuía o Programa de Saúde Bucal. Cidade pólo comercial, pólo médico e odontológico, mas com uma administração pública retrógrada e sem priorização da saúde pública como um todo. Os pacientes eram relegados a mutilação através das exodontias e a pouquíssimos acessos restauradores, visto que apenas seis unidades no município atendiam a população em geral, que no

tocante é a mais alta da região, possuindo ainda a migração sazonal das regiões circunvizinhas, pelo acesso a estudo e ao comércio. Embora de forma precária, foi reorganizado, para que todas as grandes áreas da região tivessem o acesso garantido ao tratamento odontológico.

A partir de 2005, os níveis de atendimento começam a mudar. Em 2005 houve o maior índice de procedimentos cirúrgicos do período, com 17,46%. Em 2007 é registrado o menor número de procedimentos cirúrgicos de todo período: 4288 atendimentos, seria um indicativo de que o tipo de atendimento estaria mudando. Os procedimentos restauradores atingiram seu pico mais elevado com 29,52% dos atendimentos do período.

Em 2007 começam os procedimentos coletivos. A primeira consulta programática odontológica atingiu também seu valor mais elevado neste ano, 20,23% de atendimentos. O ano de melhor resposta odontológica no SIA foi 2007, com 19,19% de atendimentos, sendo seguido pelo ano de 2005, com 16,16% e 2003, este, em outra gestão pública com apenas 13,01%. O pior percentual aconteceu em 2000, com 7,8% de procedimentos realizados.

5.2.10 Município de TRIUNFO

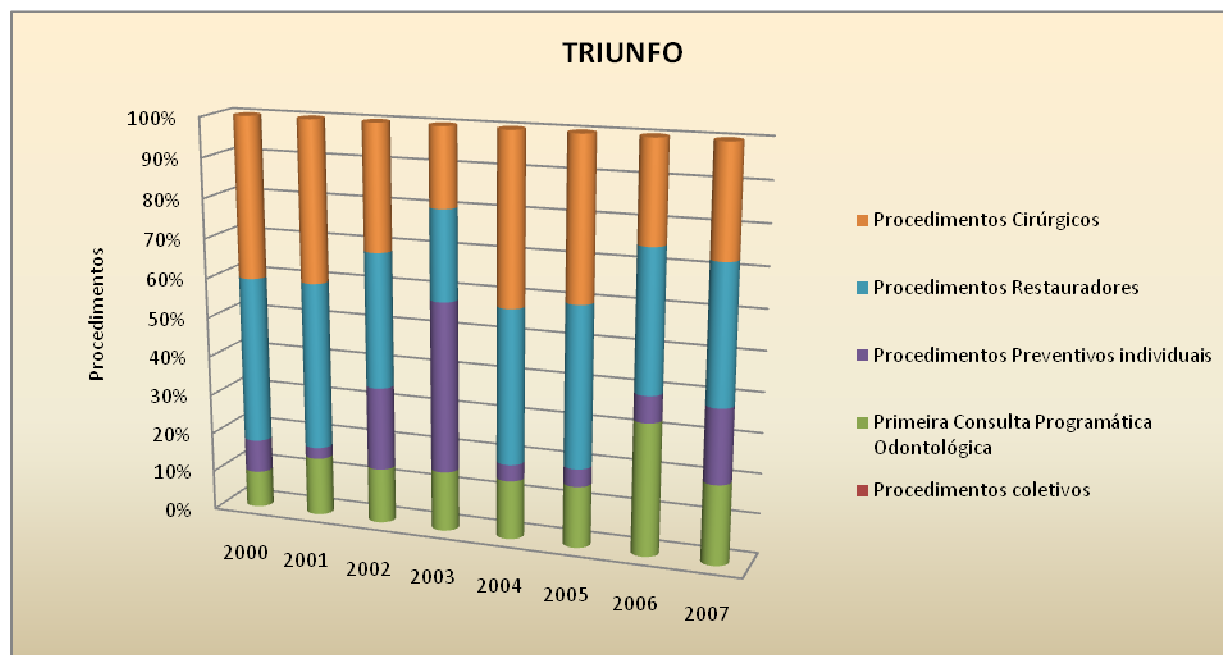


Gráfico 11. Procedimentos Triunfo, 2000 a 2007

Durante todo o período estudado não ocorreram procedimentos coletivos.

A primeira consulta programática odontológica no município existiu durante todos os anos, embora o ano de 2000 tenha sido o de menor acesso, com 3,7% e a implantação do Programa de Saúde Bucal tenha ocorrido no ano de 2008 apenas. Em 2003 aconteceu um pico de atendimento aos diversos procedimentos estudados. Este procedimento (primeira consulta) alcançou 25,60%. Ocorre que neste período, o odontomóvel do SESC passou um período instalado na cidade de Triunfo fazendo os diversos atendimentos à comunidade. O atendimento foi realizado entre os anos de 2002 e 2003. Em decorrência disto, todos os procedimentos tiveram um excelente desempenho neste ano. Em 2006, a primeira consulta odontológica tem o segundo melhor desempenho do período com 16,67% voltando a decrescer no ano de 2007, com o percentual de 14,92%.

Conforme o Consolidado de Equipes de Saúde Bucal e Equipes de Saúde da Família - Junho/2008, a população atual do município de Triunfo é da ordem de 14.794, possuindo três equipes de saúde Bucal qualificadas, implantadas e no SIAB, na modalidade 1, tendo a proporção de 1:1 abaixo do potencial de implantação, que é ainda para mais uma equipe.

Os procedimentos preventivos individuais, a partir da nova gestão em 2005, entraram em processo de crescimento, visto que ainda não existia o Programa de Saúde Bucal no município e este procurava se qualificar para isto. Os procedimentos restauradores se colocaram de maneira uniforme de 2005 a 2007, tendo uma variação de 8,81% a 12,74% nestes anos, sendo que o ápice foi o ano de 2007. Houve uma queda de atendimentos em 2006. Apenas a primeira consulta odontológica teve um destaque maior, o restante decresceu de 2005 a 2006 e ocorreu um acréscimo em 2007 em relação ao ano anterior.

O ano de 2000 foi caracterizado pelo pouco acesso da população a atendimentos odontológicos no município de Triunfo, tendo o menor índice percentual de procedimentos do período estudado, com apenas 6,62%.

5.3 Indicadores

A análise de alguns indicadores de saúde bucal como o de “cobertura da primeira consulta odontológica programática”, “cobertura da escovação dental supervisionada” e “média de procedimentos odontológicos básicos individuais” são de grande importância para a avaliação das ações de saúde, principalmente no que se refere ao cumprimento de metas pactuadas. Na medida em que o número de procedimentos realizados em cada município é dividido pela sua população, em determinado período, obtêm-se uma padronização dos resultados, o que permite a comparação desses dados entre os municípios.

Para o cálculo dos indicadores, foram utilizadas as fórmulas contidas na Portaria nº 493/GM de 10 de março de 2006.

Tabela 1. Distribuição dos indicadores de saúde bucal por município da XI GERES no ano de 2007.

| MUNICÍPIO | Primeira Consulta Odontológica (%) | Escovação Supervisionada(%) | Média Procedimentos Básicos Individuais |
|---------------------------|---|------------------------------------|--|
| Betânia | 25,01 | 0 | 1,31 |
| Calumbi | 10,69 | 0 | 0,12 |
| Carnaubeira da Penha | 12,08 | 4,32 | 1,53 |
| Flores | 14,62 | 0 | 0,26 |
| Floresta | 13,33 | 0 | 0,74 |
| Itacuruba | 14,96 | 0 | 0,59 |
| Santa Cruz da Baixa Verde | 30,55 | 4,68 | 1,01 |
| São José do Belmonte | 15,75 | 0 | 0,19 |
| Serra Talhada | 3,47 | 0,95 | 0,21 |
| Triunfo | 10,55 | 0 | 0,40 |
| XI GERES | 11,60 | 0,58 | 0,46 |

Fonte: Próprio autor

Em relação ao indicador de primeira consulta odontológica programática, observa-se, na tabela 2, que apenas os municípios de Betânia e Santa Cruz da Baixa Verde apresentaram valores compatíveis com a meta pactuada de 20%, permitindo, dessa forma, um maior acesso aos serviços odontológicos, quando

comparado aos demais municípios. Serra Talhada apresenta o menor percentual para esse indicador (3,47%).

Ao analisar o indicador de cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada, os resultados mostram um verdadeiro descaso com essa ação: apenas três municípios realizam esse tipo de procedimento (Carnaubeira da Penha, Santa Cruz da Baixa Verde e Serra Talhada). Além disso, esses valores não chegam a atingir a meta do município que é de 10%.

O indicador da média de procedimentos odontológicos básicos individuais demonstrou resultados mais satisfatórios quando comparado com os demais indicadores. Observou-se que quatro municípios alcançaram valores acima de 0,6 (valor pactuado), sendo eles Betânia, Carnaubeira da Penha, Floresta e Santa Cruz da Baixa Verde, e um município com um valor muito próximo da meta (Itacuruba). Segundo este indicador, tais municípios ofertam um quantitativo adequado de procedimentos para os seus habitantes.

6 DISCUSSÃO

Os procedimentos cirúrgicos embora devessem diminuir com o tempo, mais eles se mantêm, ora elevados ora diminuídos. Isto é característica de uma região onde o acesso da população a tratamentos odontológicos é precarizado pelas condições socioeconômicas. É comum se chegar aos consultórios com dentes em perfeito estado, mas que a ordem dada ao cirurgião dentista é para "arrancar". Muitos têm paciência em explicar que não é o procedimento indicado, mas são derrubados pela frase veemente: "Não, mais eu quero arrancar para colocar uma prótese". É necessário o cirurgião dentista se impor e dizer que não extrai um dente saudável.

Existe uma cultura decorrente da demanda reprimida pela falta do profissional, na população dos municípios estudados, que cirurgião dentista é apenas para realizar procedimentos restauradores e cirúrgicos, e não preventivos. Os pacientes acham que quando o profissional sai do posto ou PSF está deixando de realizar uma restauração ou uma exodontia, embora ele esteja prevenindo uma situação de alto índice de cárie futuramente. A população precisa aceitar que o profissional de saúde bucal, além de cirurgião seja também um educador.

Segundo Martelli P.J.L. *et al* (2008), o estudo do perfil dos CDs inseridos nas ESBs e a atuação dos Coordenadores de Saúde Bucal (CSB) têm um importante papel na estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde, pois esses profissionais têm a tarefa de compreender as realidades social, cultural e econômica do seu meio e direcionar suas ações para mudar esses aspectos em benefício da população. E ainda fala que os resultados apontam como um indicativo de que alguns profissionais não procuram planejar, avaliar e controlar suas atividades enquanto CSB, além de não compreenderem o modelo de atenção e a filosofia da ESF, o que resulta em práticas pouco efetivas e não condizentes às reais necessidades de saúde da população. Contudo, o que se propõe para um CSB nem sempre é planejar, avaliar e controlar, muitos municípios, principalmente nos da nossa região, possuem CSB apenas no papel, ou seja, não existe a liberdade de ações. E quando elas realmente acontecem à batalha foi travada há muito. É por isso que sai e entra gestão e os procedimentos continuam os mesmos, porque ninguém consegue fazer nada.

Em trabalho sobre o SIA como instrumento de utilização para caracterizar ações de saúde bucal em dois municípios do Estado da Bahia, Barros e Chaves (2003), concluem que se faz necessário o treinamento dos profissionais de saúde para o correto preenchimento dos instrumentos de registro de dados de saúde, sua sensibilização sobre a importância dos sistemas de informação e de

como utilizar esses dados na análise e difusão das informações; e, finalmente, a capacitação dos gestores dos serviços, profissionais de saúde e usuários para a tomada de decisões. Encontramos muitas informações sem fundamento como um dois ou três registros/ano de um devido procedimento por município, como no caso de Flores com aplicação terapêutica intensiva com flúor por sessão, com 2 procedimentos/ano em 2004 e 2005 – procedimentos coletivos estes que não existiram e que entraram como um erro.

Um fator que pode ter corroborado para o aumento da produção em Triunfo e Floresta foi a utilização dos serviços advindos pelo odontoSESC em alguns anos nestas cidades.

Outro ponto de grande importância a ser discutido trata-se de falhas no registro de alguns procedimentos. Vale lembrar que, muitas vezes, o registro da primeira consulta odontológica não é feito com a finalidade de diagnóstico e acompanhamento do paciente, sendo registrados quando são realizados outros tipos de procedimentos. Nos procedimentos coletivos também há uma preocupação daqueles que trabalham com a informação, com a questão do sub-registro. Muitos municípios não realizaram ação coletiva em contraposição ao que é proposto pelo Governo Federal, fator este que devem os gestores municipais estarem cautelosos em remediar.

Seria interessante a capacitação de profissionais sobre a importância da notificação dos procedimentos, sobre as mudanças que o governo realiza nos sistemas de informação, atentando o profissional que a qualidade do trabalho dele é importante para o município e os transtornos causados pela sub-notificação.

Sob o ponto de vista de Volpato e Scatena, 2006, o Sistema de Informações Ambulatoriais constitui uma importante ferramenta na avaliação das políticas de saúde bucal nos níveis municipal, estadual e nacional, sobretudo se associado a outras fontes documentais. Ao informar quantidades, tipo de procedimentos e gastos efetuados, assim como as unidades e serviços responsáveis, o SIA-SUS também fornece aos gestores um material imprescindível, todavia pouco utilizado, para a tomada de decisão, finalidade de qualquer sistema de informações.

Por isso, é preciso que profissionais de saúde bucal estejam atentos para o preenchimento correto de todos os procedimentos e atividades realizadas, pois, segundo Mota e Carvalho (1999), as informações só podem contribuir para o

desenvolvimento de modelos de atenção à saúde mediante a análise dos seus dados, adequado preenchimento dos instrumentos, registro correto das atividades, processamento e consolidação dos dados no tempo estabelecido, além da análise e difusão dos resultados.

Na XIª Regional de Saúde de Pernambuco, localizada no município de Serra Talhada, durante o período do estudo mostra que os procedimentos coletivos, os procedimentos preventivos individuais e os procedimentos restauradores tiveram maior destaque em 2007; o procedimento primeira consulta odontológica programática em 2005; os procedimentos cirúrgicos estiveram em evidência no ano de 2006. Apenas três cidades tiveram decréscimo em relação ao período estudado de procedimentos cirúrgicos: Betânia, Calumbi e São José de Belmonte. Isso mostra que a região está se adequando aos planos da Política de Saúde Bucal do Governo Federal. Dentre todos os grupos de procedimentos, os cirúrgicos estão em maior quantidade durante toda série histórica, com 38,06% de todos os procedimentos. Logo após vem os procedimentos preventivos individuais com 22,56% de todos os procedimentos realizados pelos municípios da Regional.

De acordo com Volpato e Scatena, 2006 há que se ampliar o investimento de recursos na promoção de saúde e na prevenção primária. As ações educativas de higiene oral e nutrição, fluoretação da água, ampliação da qualidade da cobertura do PSF com incorporação de odontólogos e consecução de parcerias dentro e fora do setor Saúde sobressaem-se como algumas das estratégias com capacidade de reduzir os tratamentos odontológicos mutiladores e, conseqüentemente, os problemas sociais, econômicos e psicológicos deles advindos.

7 CONCLUSÃO

Diante das situações expostas é imprescindível colocar a importância de uma população que saiba sorrir em situações pouco confortáveis como é viver numa região onde o clima é desfavorável, as oportunidades são escassas e atenção ao cidadão vem por meio de políticas públicas, mostrando que o Brasil é um só, os problemas são parecidos, embora a forma de enfrentar não seja nivelada.

Do exposto, pode-se observar a falta de compromisso de muitos municípios em oferecer os procedimentos coletivos à sua população, nos anos estudados. Enquanto isso, as ações mutiladoras representaram a principal oferta de procedimentos em saúde bucal em todos os municípios, reproduzindo o modelo de atenção à saúde tradicional, o que mostra a falta de atenção dos gestores ao que se propõe o Programa de Saúde da Família.

O estudo dos indicadores advertiu que os municípios estudados não se incomodaram com valores pactuados. Em relação ao indicador de primeira consulta odontológica programática, Serra Talhada possui a maior defasagem em primeira consulta odontológica em relação aos outros municípios, recomendando uma melhor atenção à sua população.

A XI GERES é uma criança, pela mesma ter nascido em 2006, que sonha com a região bem posicionada em termos de atendimentos em geral. Possui setores organizados, com profissionais em constantes capacitações, que auxiliam a todos os dez municípios. Possui força, competência e clareza de opiniões. Está reorganizando constantemente sua rede de referências e contra-referências para o melhor atendimento da população. Qualquer um dos municípios que dela façam parte e que nela procurem auxílio para resolução de problemas são bem atendidos. Então, não se justifica um município que não saiba preencher formulários em computador e nem saiba o valor de algum programa gerido e lançado pelo Governo Federal, programa estes, que tiveram todo um processo de estudo e elaboração medido aos mínimos detalhes. Falta aos gestores municipais o nível de entendimento da importância de cada detalhe de um programa e, em se tratando da saúde bucal, não há como oferecer à população uma assistência odontológica de décadas atrás, privando-a de ações educativas e preventivas que lhe proporcione melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BARROS, S. G.; CHAVES, S. C. L. A utilização do sistema de informações ambulatoriais como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, n. 1, p. 41-51, 2003.

BRANCO, M.A.F. Informação em saúde como elemento estratégico para a gestão. In: **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001; pág:164. Acessado em 22.06.08. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao_municipal_de_saude .pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao_municipal_de_saude.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal / Ministério da Saúde**. – Brasília,p.6, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana Saúde. **Painel de Indicadores do SUS / Brasília**, p.17, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal / Ministério da Saúde**. – Brasília, p.10, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dos dados a política: a importância da informação em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.17, n.1, p.5, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Brasil, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2004.

CARDOSO, A. C. C.; SANTOS JUNIOR, R.Q.; SOUZA, L.E.P. et al. Inserção de Equipe de Saúde Bucal no PSF, um desafio para a melhoria da qualidade de atenção à saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 26, n. 1, p. 94-98, 2002.

FERREIRA, S.M.G. Sistema de Informação em saúde. pág 174. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**: textos básicos. Rio de Janeiro, 2001. Acessado em 22.06.2008. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao_municipal_de_saude.pdf

MANFREDINI, M.A. Planejamento em saúde bucal. In: PEREIRA, A.C. **Odontologia em saúde coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 3ª Ed, p.50-63, 2003.

MARTELLI P.J.L. *et al.* Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.5, p. 1669-1674, 2008.

MOTA, E.; CARVALHO, D. Sistemas de informação em saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**, 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, p. 505-521.

PIMENTEL, F.C.; MARTELLI, P.J.L.; ARAÚJO JÚNIOR, J.L.A.C.; LIMA, A.S. et al. Evolução da Assistência em Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família do município do Recife (PE) no período de 2001 a 2007. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.32, n.2, 2008.

QUELUZ, D.P. Recursos humanos na área odontológica. In: PEREIRA, A.C. **Odontologia em saúde coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 7ª ed, p.140-159, 2003.

VILARINHO, S.M..M.; MENDES, R.F.; PRADO JÚNIOR, R.R. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em Teresina (PI). **Revista Odonto Ciência**, v.22, n.55, p.48-54, 2007.

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