

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz



Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

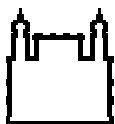
***“Gestão da Atenção Básica em saúde bucal no município de Fortaleza, Ceará:
análise histórica documental e evolução temporal dos indicadores de saúde bucal”***

por

Caroline Ferreira Martins Lessa

Orientador: Mario Vianna Vettore

Fortaleza, outubro de 2008



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz



Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Esta dissertação, intitulada

***“Gestão da Atenção Básica em saúde bucal no município de Fortaleza,
Ceará: análise histórica documental e evolução temporal dos indicadores
de saúde bucal”***

apresentada por

Caroline Ferreira Martins Lessa

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. José Osmar Vasconcelos Filho

Prof. Dr. Reinaldo Souza dos Santos

Prof. Dr. Mario Vianna Vettore - Orientador

Dissertação defendida e aprovada em 15 de outubro de 2008.

Sumário

1. Introdução.....	12
2. Revisão de Literatura.....	14
3. Objetivos.....	30
4. Metodologia.....	31
5. Artigo.....	39
6. Referências bibliográficas gerais.....	66
7. Anexos.....	72

Lista de Quadros, Tabelas e Figuras

Introdução	Página
Tabela 1. Classificação do nível de adequação das ações em saúde bucal de acordo com as características e pontuação.....	37
 Artigo	
Quadro 1. Códigos do SAI-SUS para procedimentos odontológicos utilizados até outubro de 1999 e após esta data.....	49
Quadro 2. Instrumentos normativos empregados pela gestão na Atenção Básica em saúde bucal no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006.....	51
Tabela 1. Pontuação e nível de adequação segundo as dimensões da matriz de análise para os momentos do período do estudo, 1999-2006, Fortaleza, Ceará.....	52
Figura 1. Comparação da representação de cada dimensão analisada segundo os momentos do período do estudo, 1999-2006, Fortaleza, Ceará.....	53
Figura 2. Comportamento temporal dos indicadores “Cobertura de Primeira Consulta Odontológica” e “Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações individuais da Atenção Básica” no Município de Fortaleza-Ceará, 1999-2006.....	56
Figura 3. Comportamento temporal do indicador “Média de procedimentos odontológicos básicos individuais” no Município de Fortaleza-Ceará, 1999-2006.....	57

Lista de Anexos

Anexo	Página
Anexo 1. Matriz de Análise (42 pts.) Dimensão Critérios/Padrões (pontuação máxima).....	72
Anexo 2. Questionário para os gestores/ responsáveis pela saúde bucal.....	74
Anexo 3. Método para o cálculo dos indicadores de saúde bucal do Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2006.....	76
Anexo 4. Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	79

Lista de siglas

AB – Atenção Básica

BIRD - Banco Internacional de Desenvolvimento do Banco Mundial

CAA - Coordenação de Acompanhamento e Avaliação

CE – Ceará

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CPO-D – Índice de dentes cariados, perdidos e obturados

ceo-d – Índice correspondente ao CPO-D para a dentição decídua

DAB/ SAS/ MS - Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde

DATASUS – Base de dados do SUS

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FSESP - Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública

HIV/AIDS -Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Humana

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MAIS - Modelo de Atenção Integral à Saúde

NOAS/SUS - Norma Operacional de Assistência ao SUS

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PROESF - Projeto Avaliação e Expansão do Programa de Saúde da Família

PSE - Projetos de Atenção à Saúde da Mulher, de Crianças até um ano e do Escolar.

PSF - Programa de Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIA-SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do DataSUS

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

Dedico este trabalho ao meu filho Fernando que é, para mim, o meu maior amigo, sempre me apoiando nas minhas conquistas. À minha filha Ana Luisa que chegará em breve e já tem todo o meu amor. E ao meu esposo Edilmar, pela paciência de ouvir minhas angústias e continuar me amando.

Agradecimentos

A DEUS por mais uma graça alcançada.

À minha família, em especial ao meu filho Fernando, minha filha Ana Luisa, meu esposo Edilmar, meus pais Fernando e Fátima e às minhas irmãs, Érica e Tatiana pelo apoio, compreensão e amor que me dedicam.

A todos os professores do Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde da ENSP/FIOCRUZ pela maestria com que repassaram sua expertise em saúde pública e pela humanidade com que tratam seus alunos.

Às professoras e coordenadoras, Dra. Inês Mattos e Dra. Silvana Granado, pela gentileza, sabedoria e expertise, as quais foram essenciais para o meu amadurecimento científico e a obtenção do título de mestre em saúde pública.

Ao meu orientador, Dr. Mario Vianna Vettore, pela sua incansável dedicação, pelo seu enorme conhecimento, e principalmente, por ter sido um mestre, me guiando ao longo do mestrado e se tornando um modelo para a minha vida profissional.

À Dra. Ana Maria Cavalcante e Silva pela sua dedicação para a realização desse mestrado no Ceará e pelo seu exemplo de competência na saúde pública.

Resumo

O objetivo desta dissertação foi analisar o grau de adequação da gestão da Atenção Básica (AB) em saúde bucal no município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. A dissertação é apresentada com uma introdução e revisão de literatura sobre o tema. Segue-se com a descrição detalhada da metodologia empregada e o artigo que inclui a apresentação dos resultados. Para atender ao objetivo do estudo, foi empregada uma matriz de análise de cinco dimensões: Planejamento e Programação, Suporte da Gestão aos Profissionais e às Práticas na AB, Oferta de Assistência Odontológica, Utilização de Serviços e Integralidade da Atenção. As informações foram obtidas de planos municipais de saúde, relatórios de gestão e análise de dados secundários do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS) e do IBGE. De maneira complementar analisou-se os indicadores do Pacto da AB (2006) e obtiveram-se informações com gestores de saúde bucal. Observou-se uma melhora nas quatro primeiras dimensões da matriz de análise, e apenas a dimensão relativa à utilização de serviços declinou no período. A tendência dos indicadores de saúde bucal foi heterogênea. Enquanto a “Cobertura de Primeira Consulta odontológica” reduziu, a “Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações individuais da AB” apresentou discreto aumento. Concluiu-se que o município de Fortaleza apresentou adequação da gestão da AB em saúde bucal ao modelo de vigilância em saúde entre 1999 e 2006. Entretanto, o declínio na utilização de serviços odontológicos associado à estabilidade dos indicadores de cobertura e assistência odontológica sugere a necessidade de sistematizar atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde bucal na AB em Fortaleza.

Palavras-chaves: saúde bucal, Sistema Único de Saúde, atenção primária à saúde, gestão em saúde, indicadores básicos de saúde

Abstract

The aim of this dissertation was to analyze the degree of adequation of Primary Care management in oral health in the city of Fortaleza/Ceara, Brazil, between 1999 and 2006. The dissertation is composed by an introduction, a review of literature, a detailed description of the methodology and an article where the results are presented. The methodology employed was based on a matrix of analysis including five dimensions: Planning and Programming, Support to Management of Professionals and Practices in Primary Care, Dental Assistance Offered, Services Utilization and Integrality of Attention. The information was obtained from municipal plans of health, management reports and analysis of secondary data from Ambulatorial System Information (SIA-SUS) and IBGE. Complementary to that, health indicators from Primary Health Pact (2006) and information from oral health managers were analyzed. It was observed an improvement in the first of the four dimensions of the matrix of analysis and only the dimension related to health services utilization declined through the period of the study. The trends in oral health indicators were heterogeneous. While the oral health indicator “Covering of the First Dental Consultation” decreased, the “Proportion of Specialized Dental Procedures in Relation to Individual Actions in Primary Care” showed discrete increase. It was concluded that the management of oral health primary care in Fortaleza was appropriate to health surveillance model between 1999 and 2006. However, the decline of dental health services utilization associated with the stability in the indicators of dental covering and assistance suggest the need to systematize activities in the planning and assessment of actions of oral health in Primary Care in Fortaleza.

Key words: oral health, Single Health system, primary health care, health management, health status indicators

1. Introdução

Nos últimos anos, no Brasil, o controle das doenças bucais mais prevalentes vem requerendo uma abordagem centrada no monitoramento populacional desses agravos. Esse momento singular, em que são revistos conceitos paradigmáticos na condução dessas ações, reflete o resultado de fatores históricos, e de mudança na distribuição das doenças de grande magnitude e transcendência para a saúde bucal, a citar a cárie dentária.

A cárie dentária no Brasil vem sofrendo um “processo de polarização”, descrito como uma concentração de casos nos grupos populacionais mais expostos aos riscos sociais¹. Percebe-se então a necessidade de uma recondução da atenção em saúde bucal e, um direcionamento das ações da assistência sobre os danos causados pelas afecções bucais para uma atuação centrada no controle e monitoramento dos riscos.

No Brasil, a Saúde Bucal Coletiva vem ampliando, sobremaneira, o campo de atuação do cirurgião-dentista, que se envolve cada vez mais com as questões sanitárias. Acrescenta-se a isso uma enorme necessidade da população por atenção em saúde bucal.

Dessa forma, no início do século XXI foram desenvolvidas novas formas de gestão dos serviços odontológicos com base nas práticas do modelo de Vigilância em Saúde. É também este o período em que as ações hierarquizadas e a atenção primária em saúde configuraram importantes pilares na condução dessas novas práticas no país.

Todo esse processo, contextualizado para o município de Fortaleza, Ceará (CE), torna-se bastante fértil, pois como a maioria das grandes metrópoles brasileiras, apresenta circunstâncias especiais na organização desse nível de atenção em saúde. Além disso, o município encontra-se em fase importante na organização das ações na Atenção Básica (AB), pois incrementou a cobertura da Estratégia de Saúde da Família

(ESF), passando de 15% para 50%, entre 2004 e 2006, com a contratação de novos profissionais ².

Esses aspectos, se considerados para a saúde bucal adquirem ainda maior expressividade, dado o atraso histórico da inserção das ações odontológicas em importantes programas estruturantes da AB no Brasil, como a ESF.

O controle epidemiológico dos agravos em saúde bucal reduz-se ainda ao acompanhamento de dados de produção ambulatorial. Mesmo após a inserção da saúde bucal na ESF, o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) permanece como a principal ferramenta de informação em saúde bucal. Esta percepção torna-se relevante ao considerarmos o incremento de ações, não apenas assistenciais que esta nova atuação imprimiu ao setor odontológico.

Diante dessa conjuntura, torna-se imprescindível o desenvolvimento de pesquisas no intuito de colaborar para uma melhor conformação dessas reformas técnicas e de gestão em saúde bucal. Em contrapartida, sabe-se que a mudança do modelo de atenção requer o apoio técnico e gerencial, próprio da gestão, mas também aspectos relativos ao apoio do governo local e aqueles referentes às práticas dos profissionais de saúde.

Assim, a proposta deste estudo foi realizar a análise histórica da adequação da gestão da AB em saúde bucal no município de Fortaleza, CE sob a ótica da reorganização das ações em saúde bucal proposto pelo modelo de atenção em saúde vigente.

2. Revisão de Literatura

2.1. Os modelos de atenção do Sistema Único de Saúde a consolidação da Atenção Básica

A introdução do novo dimensionamento dado à saúde, após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), tornou evidente a valorização do ser humano enquanto cidadão, e o dever do Estado com o cuidado à saúde. Isso implicou na reformulação das práticas dos serviços de saúde. Ademais, a idealização do SUS foi pautada na mudança do modelo de saúde anterior, considerado “hospitalocêntrico”, pois era centrado na doença e em tecnologias médicas de alto custo ³.

Desde então, muitos instrumentos legais e normativos foram instituídos. No entanto, o debate sobre os modelos assistenciais e sobre as formas de organização técnica dos serviços de saúde não tem se configurado como questões frequentes na agenda do SUS ⁴. Há que se considerar ainda que, segundo informe técnico-institucional do Ministério da Saúde em 2003, desde a implantação do SUS, a descentralização político-administrativa e a organização da atenção em saúde consistem em questões complexas e desafiadoras ³.

O processo de reorientação do modelo assistencial no SUS baseia-se fundamentalmente no modelo de vigilância em saúde ⁴. Neste contexto, propõe-se a intervenção sobre problemas de saúde com ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamentos contínuos, além da utilização do conceito de risco epidemiológico, a articulação entre ações promocionais, curativas e preventivas, a atuação intersetorial, as ações direcionadas ao território e a intervenção mediante planos operativos.

Como resultado da ênfase dada à descentralização do SUS, desencadeou-se em todo o país a municipalização da atenção em saúde. Tal processo tornou viável a constituição dos chamados sistemas locais de saúde nos quais é possível a identificação

do modelo de gestão e de atenção em saúde ou modelos assistenciais ⁴. Outro eixo estruturante do SUS é o fortalecimento das ações em Atenção Básica (AB) ³.

A AB em saúde pode ser compreendida como o primeiro nível de atenção de um sistema de saúde e como importante meio para a organização do sistema como um todo. A atenção primária em saúde pode ser ainda entendida como a realização de atividades para promoção de saúde e prevenção de agravos e doenças. É destinada aos problemas de saúde mais comuns em comunidades sob risco social ⁵.

No entanto, a compreensão do Ministério da Saúde é que os termos Atenção Básica e Atenção Primária consistem em sinônimos, definindo-os como:

“Conjunto de ações, individual ou coletivo, situados no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltados para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (Ministério da Saúde, 2006, p. 11) ⁶.

Entre as iniciativas para a consolidação da AB no Brasil podem ser citados o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 1994, a Norma Operacional Básica 01/96, a inserção do cirurgião-dentista no PSF através da portaria 1.444 de 2000, Norma Operacional de Assistência ao SUS (NOAS/SUS) em 2001 e 2002. Foram propostas as Política Nacional de Saúde Bucal em 2004 e, mais recentemente, a Política Nacional da Atenção Básica ^{4,7,8}.

Devem ser considerados ainda os Pactos de Indicadores da Atenção Básica realizados entre estados, municípios e o nível federal, o incremento dos incentivos financeiros destinados à AB, o Projeto Avaliação e Expansão do Programa de Saúde da Família (PROESF), bem como as tentativas de reorientação da formação profissional, como o Pró-Saúde, Residência em Medicina de Família e Comunidade, Residência Multiprofissional, Formação de Agentes Comunitários de Saúde, Técnicos em Higiene Dental e de Enfermagem, entre outros ⁸.

Nesta perspectiva, a ESF deve ser compreendida como a principal estratégia de reorganização da AB no país. Sua concepção não se restringe apenas às questões assistenciais, mas também na reconstrução dos modelos de atenção. A partir dessa estratégia fomentaram-se ainda mais as discussões sobre os sistemas locais de saúde e os modelos assistenciais. O modelo de Vigilância em Saúde, com forte base epidemiológica consolidou-se como uma proposta atual que reflete os preceitos legais do SUS ⁹.

A operacionalização da ESF baseia-se fundamentalmente na responsabilização sanitária de uma dada comunidade por uma equipe multiprofissional. Essas equipes devem executar atividades promocionais e preventivas em saúde, assim como ações assistenciais, em consonância com o perfil epidemiológico da população adscrita ⁹.

A ESF foi criada em 1994 com o nome de Programa de Saúde da Família e, inicialmente, cada equipe era responsável por aproximadamente 1.000 famílias ou 3.600 pessoas, sendo composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde. A partir da Portaria Ministerial n. 1.444/GM de dezembro de 2000, que estabeleceu o incentivo financeiro para a reorganização da AB em saúde bucal, passou a ser prevista a inserção de um cirurgião-dentista, um auxiliar de consultório dentário e/ou um técnico em higiene dental em cada equipe de ESF ^{7,10,11}.

A inclusão das equipes de saúde bucal na ESF e os recursos financeiros destinados inicialmente para estas ações eram insuficientes. Diante disso, foi proposta a portaria n. 267, de 06 de Março de 2001, que explicitou inicialmente as bases teóricas e as atividades mínimas das equipes de saúde bucal na AB através da ESF. Em seguida, várias outras medidas e incentivos foram implementados, sendo que atualmente, a Política Nacional de Saúde Bucal tem como objetivo principal incrementar as ações da AB e especializada ^{11,12}.

Assim, percebe-se que, além de uma dicotomia entre a tradicional forma de trabalhar em saúde, denominado modelo hegemônico, e as tentativas de construção de modelos alternativos que se aproximem aos princípios do SUS, a maior dificuldade concentra-se em conectar a prática em saúde bucal a esses novos conceitos metodológicos ¹³.

2.2. O contexto histórico dos modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil e a construção do modelo de reorientação da atenção em saúde bucal

Na trajetória histórica dos modelos assistenciais vivenciados pelo setor saúde bucal no Brasil observou-se por muitos anos um privilégio na atenção voltada a grupos populacionais específicos, principalmente escolares e gestantes. O cuidado à saúde bucal possuía um forte alicerce na prática curativista, mutiladora e tecnicista. Nas décadas de 20 e 30, o modelo vigente baseado no relatório de Gies, orientava a conformação de uma prática odontológica positivista, monopólica e biologicista ¹³.

A importância da compreensão do relatório GIES é bem retratada na citação de Antônio Medeiros Júnior:

“Para entendermos o atual paradigma da odontologia, temos que nos reportar ao relatório Gies, publicado pela Fundação Carnegie em 1926, no qual é abordada a educação dental nos Estados Unidos e Canadá, passando de um modelo pouco sistematizado para uma reorganização da prática odontológica, que buscava maior autonomia para a odontologia frente à medicina e, em seus primórdios, seguia os conceitos ideológicos do paradigma de Flexner, condutor das práticas médicas” (Medeiros Júnior, 2004, p.277) ¹³.

Durante a década de 40, a odontologia Giesiana perdeu sustentação, uma vez que se configurava como um modelo ineficaz, ineficiente, descoordenado e de difícil acesso para a maioria da população. A fim de romper com a prática dominante, a Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) iniciou o incentivo a prática

de atividades preventivas, como o uso de flúor sistêmico e tópico a nível público, através do modelo de atenção escolar ¹⁴.

Posteriormente, a Odontologia Sanitária da década de 50 manteve as ações voltadas ao escolar, com base no sistema incremental de atuação e enfoque curativo-restaurador ¹⁵. Na década de 70, as idéias de simplificação da prática e a racionalização dos serviços embasaram o modelo da Odontologia Simplificada. Na medida em que eram incorporados os conceitos de promoção e prevenção em saúde bucal com ênfase coletiva e individual, a introdução do trabalho a quatro mãos e do pessoal auxiliar em odontologia originou-se a chamada Odontologia Integral ^{14,15}.

Já no início da década de 90, na busca pela adaptação aos novos desafios propostos pelo SUS, é criado o Programa de Inversão da Atenção, que apresentava como pilares três fases: estabilização, reabilitação e declínio ¹⁵. Embora nesse contexto fossem considerados conceitos importantes como controle epidemiológico da doença cárie, uso de tecnologias preventivas e ênfase no autocuidado, os serviços odontológicos no SUS ainda resumiam-se ao atendimento de livre demanda em Policlínicas ¹⁴.

As principais estratégias para obtenção de dados em saúde bucal no Brasil foram os três levantamentos epidemiológicos ocorridos em 1986, 1996 e 2003. Este último, denominado Projeto SB Brasil 2003 – Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003 avaliaram além da cárie dentária e da doença periodontal, a ocorrência de agravos nunca antes analisados em inquéritos nacionais, como as oclusopatias, fluorose dentária, necessidade e uso de próteses e lesões de tecidos moles. Por isso, este último inquérito é considerado um importante avanço na epidemiologia em saúde bucal no Brasil ¹⁶.

Nos resultados do Projeto SB Brasil 2003 a média do índice de ataque à cárie aos 12 anos (Índice de dentes cariados, perdidos ou obturados, CPO-D = 2,78) foi a

única meta da Organização Mundial de Saúde (OMS) alcançada pelo Brasil para o ano 2000 que era ter o CPO-D inferior a 2 dentes atacados por cárie. Entretanto, é relevante ressaltar que esse resultado só foi alcançado por influência das regiões Sul (CPO-D = 2,31) e Sudeste (CPO-D = 2,30). As demais regiões não alcançaram as metas preconizadas pela OMS para a idade de 12 anos. A região Norte teve o CPO-D médio de 3,13; a região Nordeste de 3,19 e a região Centro-Oeste de 3,16¹⁷.

O indicador “Proporção de crianças aos cinco anos que nunca tiveram cárie” teve como resultado 40,6%, sendo que a meta estabelecida pela OMS correspondia a 50% das crianças aos cinco anos livres de cárie. Situação mais grave foi verificada quando se consideraram os indicadores referentes aos grupos de adolescentes, adultos e idosos. Nestes os resultados estiveram muito aquém das metas preconizadas pela OMS¹⁷.

Estes resultados reforçaram a necessidade de elaboração e implementação de políticas públicas em saúde bucal tendo como base os perfis epidemiológicos verificados nos diferentes grupos populacionais investigados, bem como quanto às disparidades regionais encontradas¹⁸.

Com os achados do Projeto SB Brasil 2003 constatou-se também que no Brasil a perda dentária acontece precocemente em todas as faixas etárias. Outro aspecto verificado corresponde ao acesso aos serviços de saúde bucal que, para a região Nordeste, foi maior para aqueles que nunca tinham ido ao dentista¹⁷.

É importante ressaltar que o Projeto SB Brasil 2003 foi idealizado para a construção de uma base de dados nacional que pudesse ser utilizada no desenvolvimento de um modelo de vigilância em saúde bucal. No entanto, este processo vem ocorrendo lentamente e depende de fatores como o nível de gestão do município, bem como da construção histórica dos modelos assistências¹⁹.

Muitos fatores interferem no surgimento e na disseminação das doenças bucais, dentre os quais podem ser citados o desenvolvimento econômico, a forma de organização do governo, nível educacional da população e os hábitos culturais de alimentação e higiene ²⁰. Acrescido a esses aspectos, deve-se considerar a questão do acesso aos serviços odontológicos no Brasil ²¹.

Dados referentes ao final da década de 90 apontam para uma situação preocupante, pois apenas 6% da população apresentavam condições de frequentar periodicamente um consultório odontológico particular e, desses, 30% somente em casos de dor de dente. Observou-se ainda que 64% da população nunca foram ao dentista ²¹. Portanto, atender às necessidades da população através do conhecimento dessas demandas, consiste em bases fundamentais da gestão para a organização dos serviços no SUS ²².

Nos últimos anos, a busca pela integração da saúde bucal aos demais serviços de saúde, a partir da incorporação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, do reforço da AB e da revisão das práticas assistenciais, configura como um grande desafio para a consolidação desse setor no SUS ¹⁵.

A Política Nacional de Saúde Bucal proposta pelo Ministério da Saúde, em 2004, reforça a necessidade da reorientação do modelo de atenção em saúde bucal e aponta como pressupostos ¹²:

- Qualificação da AB;
- Articulação da rede de serviços, a integralidade da atenção;
- Uso da epidemiologia para o planejamento das ações;
- Acompanhamento das ações através de indicadores;
- Atuação centrada na vigilância à saúde;
- Incorporação da saúde da família na organização da AB;

- Definição de uma política de educação permanente;
- Política de financiamento;
- Definição de uma agenda de pesquisa científica em saúde bucal.

Entre os fatores relevantes para a mudança do modelo de atenção em saúde bucal, devem-se considerar as características do governo municipal, mediante a construção de um projeto recondutor das práticas a partir de um grupo gestor atuante, e a adesão de profissionais capacitados aos novos desafios ²³.

Assim, “O sucesso ou o fracasso dos projetos destinados a elevar o nível de saúde bucal da população ..., depende fundamentalmente de recursos humanos adequadamente qualificados e não apenas do número de profissionais disponíveis.” (Facó, 2005, p.75) ²¹.

As questões gerenciais podem ser consideradas igualmente importantes na atenção à saúde bucal ²³. Nesse contexto, considerando as perspectivas do planejamento e da programação nos serviços de saúde, são apresentados os meios para expressar a organização dos sistemas de serviços de saúde, incluindo o planejamento em saúde através dos Planos Municipais de Saúde, planejamento dos serviços subsidiado por conhecimentos da literatura científica, estabelecimento de contratos negociados entre gestores e profissionais, e melhorias de indicadores de saúde ²².

Acredita-se ainda que a adequação das práticas em saúde relacione-se a questões como o controle das doenças bucais. Entretanto, mesmo que sejam produzidos dados epidemiológicos em saúde bucal, sejam primários (inquéritos) ou secundários, poucos serviços aplicam essas informações em processos consistentes de planejamento e avaliação ¹⁶.

A adequação dos serviços de saúde bucal ao quadro epidemiológico predominante nas sociedades do mundo moderno consiste em um grande desafio. A lógica organizacional desses espaços que situados nos grandes centros urbanos e mais

próximos das pessoas com melhores condições de vida privilegiam ações de caráter curativista ²⁰. Portanto, não devem ocorrer na rotina do cirurgião-dentista de família ações desconexas e sem base epidemiológica consistente, caso contrário, estará acontecendo apenas à reprodução viciada de técnicas e procedimentos assistenciais e individuais com baixo impacto populacional.

Sabe-se que a implantação das equipes de saúde bucal na ESF aconteceu de forma variada nos municípios e estados do país. Considerando a experiência de Curitiba, observa-se que monitoramento das informações nessa área acompanhou a evolução dos modelos assistenciais. Tal postura contribui para que atualmente os níveis de saúde bucal dos seus munícipes possam ser melhor acompanhados ¹⁹.

Entretanto, embora possa ser perceptível o avanço na busca pela prática da vigilância em saúde, sabe-se que há vários relatos em documentos oficiais referentes a problemas no desempenho dessas atividades. Além disso, são comuns as iniciativas das instituições do governo federal em propiciar cursos e capacitações no intuito de melhor qualificar técnicos das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ²⁴.

Em um estudo sobre o grau de implantação da vigilância epidemiológica em onze municípios de Pernambuco, relacionando aspectos geográficos, porte populacional e condição de gestão, verificou-se uma diferença entre o discurso e a prática das ações de monitoramento ²⁴. Considerando que essas atividades ainda apresentam limitações práticas para as doenças de notória tradição epidemiológica, as quais dispõem de orientação legal e técnica definida e institucionalizada, no campo das patologias bucais a situação merece uma reflexão ainda maior.

Ao se investigar a associação entre indicadores socioeconômicos e a AB em saúde bucal através de um estudo ecológico realizado em municípios do estado de Santa Catarina, constatou-se que municípios com piores condições de vida devem ser

priorizados pelas políticas públicas. Nesses locais foram verificadas as maiores proporções de exodontias, e esta relação foi menor em locais aonde o número de cirurgiões-dentistas era maior ²⁵.

Em outro estudo no Estado do Paraná, foi verificada a relação entre o índice CPO-D, indicadores de saúde e a provisão de serviços odontológicos. Ao final, os autores sugerem uma reflexão maior sobre o tema e indicam que as ações voltadas para as doenças bucais mais prevalentes exigem uma atuação além dos serviços de saúde ²⁶.

Somado a essas dimensões, tem-se a percepção da associação entre saúde bucal e meio-ambiente, que é uma esfera de conhecimento importante que precisa ser mais empregada ²⁷. Para isso, é indiscutível a disponibilidade de informações epidemiológicas de base populacional. Um estudo avaliativo no Rio Grande do Norte, o qual avaliou a incorporação da saúde bucal na ESF daquele estado, considerando a mudança do modelo assistencial em saúde bucal, concluiu que este ainda é um entrave, pois dos dezenove municípios estudados, apenas cinco avançaram na mudança do modelo assistencial ²⁸.

Sabe-se também que uma maior atenção deve ser dada exatamente para as situações mais adversas, ou seja, quando temos indicadores socioeconômicos, de saúde e de provisão de serviços desfavoráveis. Espera-se que a escolha e o uso de indicadores, bem como o planejamento das ações, estejam condizentes com a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal vigente.

2.3 A avaliação nos serviços de Atenção Básica em saúde bucal

Na perspectiva da incorporação das ações de avaliação em saúde e na consolidação do SUS, o Ministério da Saúde vem adequando sua estrutura organizacional para este fim. Assim, a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação

(CAA) do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS/ MS), vem estimulando a construção de importantes instrumentos participativos para essa prática nas três esferas de governo, em especial através do Pacto de Indicadores da Atenção Básica ^{29,30}. Apesar disto, processos avaliativos no âmbito do SUS não configuram atividades regulares no cotidiano dos serviços de saúde e principalmente com capacidade de produzir melhorias na resolutividade e no desempenho do sistema ³⁰.

No intuito de colaborar com a institucionalização da avaliação no SUS, e como resultado da renegociação de um acordo entre o governo brasileiro e o Banco Internacional de Desenvolvimento (BIRD - Banco Mundial), surgiu o Projeto de Expansão e Consolidação do Programa de Saúde da Família, o PROESF. Esta estratégia teve início nas Secretarias Estaduais de Saúde a fim de viabilizar estruturas permanentes de avaliação e que estas ações fossem posteriormente distribuídas pelos municípios ³⁰.

Um instrumento essencial nos procedimentos de avaliação e controle da situação de saúde de populações e que reflete a tempo as mudanças nestes perfis é a construção e utilização de indicadores de saúde. Estes devem possuir como características principais a capacidade de discriminação entre doentes e não doentes e a sensibilidade a alterações dos fatos reais e ainda fornecer dados relevantes para o planejamento e execução de ações em saúde, bem como na sua avaliação ³¹.

Vale ressaltar ainda a intensificação dos processos de avaliação com o objetivo de reforçar a AB e a ESF no Brasil ²⁹. A avaliação de programas de saúde implica na existência de sistemas de informação bem estruturados ³². Para isso, a saúde bucal coletiva deve buscar uma aproximação do SUS, rompendo com os tradicionais modelos excludentes, através de uma grande aliada: a epidemiologia ¹⁶.

Em saúde bucal, os dois principais sistemas que registram dados da Atenção Básica são: o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB e o Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SIA – SUS do banco de dados no Ministério da Saúde – o DATASUS. Vale ressaltar que o SIA - SUS é, para alguns municípios brasileiros, o único sistema que, embora tenha surgido para fins de pagamento, oferece os dados referentes aos procedimentos ambulatoriais ³³.

O SIA-SUS foi implantado em 1991, sendo a unidade de registro de informação o procedimento ambulatorial realizado. Embora o enfoque inicial fosse o controle dos gastos com a assistência ambulatorial, a utilização desse sistema permite o acompanhamento da programação da produção ambulatorial odontológica, norteador a avaliação da saúde bucal nos municípios ³⁴. Os autores Scatena e Tanaka ³³ apontam para o fato de que após a introdução do Piso da Atenção Básica (PAB) e da consolidação de atendimentos ambulatoriais, a partir de 1998, o SIA-SUS passou a ter um potencial de prover informações para a análise do modelo de atenção.

A normatização do uso de indicadores de saúde bucal na AB para avaliação e monitoramento das ações tem sido realizada através dos Pactos de indicadores. Em 2006, o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, o qual incluiu a saúde bucal, foi idealizado a fim de monitorar o acesso e a qualidade da atenção odontológica na AB ¹⁵. Assim, foram propostos alguns indicadores que serão descritos a seguir:

1. Cobertura de primeira consulta odontológica

A cobertura de primeira consulta odontológica tem a finalidade primordial de avaliar a ampliação do acesso aos serviços odontológicos bem como de relacioná-lo a variações geográficas e temporais. Consiste em um indicador relevante, pois a inserção do dentista na ESF veio inclusive a ocorrer muito embasada no resultado da “Pesquisa Suplementar Saúde” realizada pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

(PNAD) /Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 1998. Ficou constatado que 18,7% da população nunca consultaram o dentista, tornando clara a grande exclusão de acesso aos serviços odontológica a que a população brasileira está submetida ^{15,35,36}.

O uso correto deste indicador requer a realização de treinamento a fim de padronizar o conceito de primeira consulta odontológica, que deve ser considerada quando se realiza o exame com finalidade de diagnóstico e/ou plano de tratamento, sendo desconsiderados os casos de pronto-atendimento e de consulta de urgência e emergência ³⁵.

2. Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada

A cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada permite verificar a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação orientada por um profissional de saúde. Esta atividade possibilita a análise comparativa com dados epidemiológicos, como o CPO-D, para a construção de hipóteses de relação entre eles, como também podem refletir variações das doenças cárie e periodontal ao longo do tempo ³⁵.

3. Média de procedimentos odontológicos básicos individuais

A média de procedimentos odontológicos básicos individuais reflete a concordância entre necessidades de tratamento da população e a resposta do serviço de saúde a esta demanda.

4. Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais

A proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais permite acompanhar o acesso da população aos serviços de atenção especializada e a integralidade dos serviços ³⁵. Estes dois últimos indicadores referem-se principalmente ao acompanhamento das ações clínicas.

Esses instrumentos de monitoramento foram inicialmente propostos no Pacto de Indicadores da Atenção Básica formalizado pela Portaria nº. 493 de 16 de março de 2006 e foram acordados através de negociações nas quais os municípios e os estados pactuavam o uso do indicador bem como a meta a ser alcançada. Em 2007, a Portaria nº. 91/GM estabeleceu o Pacto pela Saúde que unificou o Pacto pela Atenção Básica e os demais níveis de complexidade ³⁷. Neste último, os indicadores de saúde bucal propostos foram considerados como indicadores complementares, cabendo ao município fazer a opção de pactuá-los ou não. Nesses casos, o gestor federal fará o seu acompanhamento através de banco de dados dos sistemas de informação ³⁷.

2.4 O Município de Fortaleza e a construção da atenção básica em saúde bucal

O município de Fortaleza apresenta uma população projetada para 2007 de aproximadamente 2,5 milhões de habitantes. É considerada uma das maiores capitais brasileiras, com crescimento anual de 2,21% segundo dados do DATASUS – Base de dados do SUS, para o ano de 2004 ³⁸. Os últimos dados oficiais sobre a prevalência de dentes cariados, perdidos e obturados, de acordo com o índice CPO-D, referem-se ao ano de 1996 e são da ordem de 2,34, valor considerado baixo pela OMS. Vale ressaltar ainda que no estado do Ceará, havia em 2004, 3.399 cirurgiões-dentistas e a relação entre o número de odontólogos por 1.000 habitantes era de 0,43 ³⁸.

Em 2002, foi lançado em Fortaleza o Modelo de Atenção Integral à Saúde - MAIS, no qual estavam incluídos os Projetos de Atenção à Saúde da Mulher, de Crianças até um ano e do Escolar (PSE). Dentro do PSE, estavam previstas no âmbito da saúde bucal, consultas individuais nos postos de saúde bem como ações preventivas e de promoção da saúde ³⁹.

Assim, durante os primeiros anos do século XXI, havia poucas equipes de saúde da família cadastrada em Fortaleza. Quanto ao setor saúde bucal, a situação não era diferente. Mesmo sendo o maior centro formador de profissionais da odontologia no Ceará e dispondo do maior volume relativo de recursos financeiros, de equipamentos e unidades de saúde entre as cidades do estado, em Fortaleza o modelo de atenção tradicional ainda configurava como a lógica prioritária na organização das ações ⁴⁰.

Em 2006, após a realização de concurso público, a Secretaria de Saúde do município incorporou 250 médicos, 291 enfermeiros e 238 cirurgiões-dentistas para atuarem na ESF, e assim impulsionar o processo de consolidação da AB em saúde. Com isso, o número de equipes de ESF em Fortaleza passou de 102, em 2004, para 300 em 2006, e a cobertura da população pela Estratégia, que era de apenas 15%, passou para 50% ⁴¹.

Logo após a incorporação dos novos profissionais, referentes ao concurso de 2006, deu-se início a realização de um levantamento epidemiológico em saúde bucal empregando-se a mesma metodologia do inquérito nacional de saúde bucal realizado em 2003. Esta iniciativa está em fase de conclusão e demonstra uma preocupação em reorganizar as ações em saúde bucal do município ⁴².

Atualmente, a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza através da coordenação de saúde bucal monitora suas ações através de cinco indicadores de saúde, sendo quatro deles propostos pelo Pacto de Indicadores da Atenção Básica. O quinto indicador corresponde à proporção de exodontias em relação às ações básicas e individuais. Este indicador possibilita acompanhar a reversão da prática odontológica mutiladora na direção de uma atuação mais conservadora e que promova autonomia dos usuários do sistema ³⁹.

A avaliação e o monitoramento das ações em saúde bucal são pertinentes para a realidade de Fortaleza, pois a trajetória de indicadores importantes para a mudança do modelo, como a razão de “Procedimentos Odontológicos Coletivos na população de 0 a 14 anos” apresentou, entre 2001 e 2004, desempenho inferior quando comparado à situação do estado do Ceará ⁴⁰. Este monitoramento requer a aquisição de nova aparelhagem física e de informática, bem como recursos humanos habilitados, que subsidiem a tomada de decisões através de informações atuais e pertinentes sobre as atividades realizadas e a situação epidemiológica das doenças bucais na população assistida ⁴⁰.

A atual gestão elaborou o documento “Políticas de Saúde Bucal Para Uma Fortaleza Bela” no qual prevê várias medidas estruturantes para a atenção em saúde bucal no município. Foram contempladas ações relativas à gestão dos serviços de saúde, AB e saúde da família, assistência especializada e hospitalar, assistência à pessoas que vivem com HIV/AIDS, controle do câncer de boca, vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, assistência farmacêutica e participação popular ³⁹.

Após a criação do SUS, e a introdução do processo de descentralização da saúde, coube aos municípios transformar o modelo de atenção em saúde no âmbito de sua atuação ⁴³. Para isso, acredita-se ser essencial compreender a adequação da gestão às novas concepções. Assim, considerando as especificidades do município de Fortaleza e a emergente necessidade de adequação ao modelo de atenção vigente, faz-se imprescindível realizar estudo avaliativo nesta perspectiva.

3. Objetivos

3.1. Objetivo Geral

Analisar o grau de adequação da gestão da Atenção Básica em saúde bucal, considerando o modelo de reorientação da atenção em saúde bucal, no município de Fortaleza, Ceará, no período entre 1999 a 2006.

3.2. Objetivos Específicos

a) Identificar os instrumentos normativos empregados pela gestão na Atenção Básica em saúde bucal no município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006.

b) Descrever os indicadores de saúde bucal do Pacto de Indicadores da Atenção Básica de 2006, no município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006.

c) Investigar a gestão da Atenção Básica em saúde bucal no município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006, com base em um modelo lógico que relaciona as características da gestão em saúde bucal e a reorganização da atenção à saúde bucal.

4. Metodologia

4.1 Desenho do estudo e seleção do caso

Trata-se de um estudo de caso instrumental⁴³ no qual se avaliou a adequação da gestão da atenção básica (AB) em saúde bucal ao modelo de reorientação da atenção em saúde bucal no município de Fortaleza, no período entre 1999 e 2006.

Para a escolha do município foram considerados alguns critérios, incluindo a adesão tardia à principal estratégia para a organização da AB, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a incorporação de outras propostas de modelo de atenção para a estruturação do nível primário, e o incentivo a esta estratégia a partir de 2005. Além disso, trata-se de um município de grande porte, aonde o contexto social e histórico dos serviços de saúde conflui para um cenário complexo.

O período foi estabelecido tendo em vista o incremento das iniciativas governamentais para a reorientação das ações de saúde bucal na AB no país, através da inserção da odontologia na ESF, bem como pelo delineamento de modelos e práticas neste contexto.

Foram estabelecidos quatro momentos distintos comparativos da gestão da atenção básica em saúde bucal: 1999-2000; 2001-2002; 2003-2004; 2005-2006. A escolha em separar temporalmente estes momentos baseou-se na realidade do município, caracterizada por distintos programas implantados e políticas públicas vigentes em diferentes momentos.

4.2 O Modelo teórico-lógico e a imagem-objetivo

A imagem-objetivo foi elaborada a partir dos pressupostos teóricos para a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal preconizados pela Política Nacional de Saúde Bucal. Estes aspectos foram adaptados ao modelo lógico dos processos

relacionados à implementação das ações de saúde bucal em municípios brasileiros validado no estudo “Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia”²³.

Ressalta-se que só foram considerados os aspectos relacionados à gestão em saúde bucal. Dessa forma, excluíram-se aqueles pontos relativos às práticas desenvolvidas pelos profissionais da AB.

Para avaliar a gestão da AB em saúde bucal, foi utilizada uma matriz de análise (Anexo 1) adaptada do estudo realizado na Bahia²³, além de uma avaliação qualitativa dos gestores em saúde bucal e análise de indicadores de saúde bucal na AB. Prioritariamente, para avaliar a gestão da AB em saúde bucal, empregou-se a matriz de análise adaptada²³, na qual foram utilizadas as seguintes dimensões:

- Planejamento e programação, a fim de identificar o uso da epidemiologia para o planejamento das ações, bem como nas atividades de avaliação e acompanhamento das ações;
- Suporte da gestão aos profissionais e às práticas na AB, o que permitirá conhecer as ações de apoio técnico e de recursos físicos e materiais disponibilizados pela gestão, viabilizando a qualificação da AB;
- Oferta de assistência odontológica, representando capacidade máxima (cobertura potencial) de serviços assistenciais do sistema municipal através da relação entre o número de profissionais na rede pública e a população com renda per capita inferior a 50% do salário mínimo;
- Utilização de serviços através de dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS), que reflete a cobertura real a partir do número de procedimentos ambulatoriais básicos por habitante ao ano, de primeiras consultas odontológicas por habitantes ao ano, da concentração de ações coletivas e da relação

restauração/extração, permitindo compreender a integralidade da atenção na perspectiva individual-coletivo e promoção-prevenção-tratamento;

- Integralidade da atenção, no que tange a oferta de ações em saúde bucal nos demais níveis de atenção, e verificada a partir da disponibilização de serviços de radiologia, endodontia e prótese.

4.3 Método de coleta e fonte de dados

4.3.1 Estudo documental e informações relativas à gestão

Um estudo documental foi realizado a partir de instrumentos normativos de gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza, Ceará. Essa busca também foi conduzida no Conselho Municipal de Saúde (CMS) do referido município a fim de se levantar o maior número possível de dados. Assim, realizou-se um contato prévio com a coordenação de saúde bucal atual da SMS para a obtenção desse material, como também com o presidente do CMS.

Esses instrumentos consistiram em relatórios de gestão, planos municipais de saúde, planos orçamentários, consolidado dos procedimentos odontológicos referentes ao ano, capacidade instalada de equipamentos e recursos humanos e ainda, fichas de acompanhamento de programas específicos. Entre estes documentos, foi dada maior ênfase aos relatórios de gestão e aos planos municipais de saúde.

Estes dois documentos foram encontrados integralmente para os biênios 2001-2002 e 2003-2004. Para o primeiro biênio, 1999-2000, não foram encontrados os relatórios de gestão, tendo sido necessário utilizar os outros documentos como planos de ação e relatórios. Em 2005-2006 apenas os relatórios de gestão foram empregados uma vez que o plano municipal de saúde que envolve 2006 não havia sido concluído até o final da coleta dos dados e o ano de 2005 não foi mencionado no plano anterior.

As informações obtidas nesses documentos foram utilizadas integralmente nas dimensões Planejamento e Programação, e Suporte da gestão aos profissionais e às práticas na AB, e parcialmente nas dimensões Oferta de assistência odontológica e Integralidade da atenção.

4.3.2 Análise de dados disponíveis no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS)

Foram analisados dados secundários disponíveis no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS), sobre os procedimentos de saúde bucal na Atenção Básica (AB) de Fortaleza no período do estudo para a análise das dimensões “Oferta da Assistência Odontológica” e “Utilização de Serviços”, componentes da matriz de análise elaborada para avaliar a gestão da AB em saúde bucal.

Com base nesses dados, foram ainda construídos os indicadores do Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2006, entre os anos de 1999 e 2006. Os indicadores desse pacto são: Cobertura de Primeira Consulta Odontológica, Média de procedimentos odontológicos básicos individuais e Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações individuais da AB em saúde bucal.

A escolha desses instrumentos de monitoramento e avaliação deu-se em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde que instituiu esses mecanismos como os instrumentos de escolha para o acompanhamento das ações de saúde bucal no país ⁶.

O indicador Cobertura de Primeira Consulta Odontológica é construído com base na relação entre o número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado período e lugar em relação à população no mesmo local e período, multiplicado por 100.

No entanto, a compreensão de primeira consulta odontológica a partir do Pacto de 2006 foi modificada e passou a ser considerada como: “*exame do paciente com finalidade de diagnóstico e/ou plano de tratamento, e condicionamento do paciente*” (Ministério da Saúde, 2006, p. 27)¹⁵. Ressalta-se que esta alteração foi considerada na análise dos resultados desse indicador.

O indicador Cobertura da Ação Coletiva Escovação Dental Supervisionada não foi incluído, pois passou a ser informado apenas a partir de 2006, o que inviabilizou o estudo comparativo desse indicador durante o período estabelecido para o estudo.

Quanto ao indicador “Média de procedimentos odontológicos básicos individuais”, a sua obtenção se faz através do número médio de procedimentos odontológicos básicos, clínicos e/ou cirúrgicos, realizados por indivíduo na população residente em determinado local e período. O último indicador proposto pelo Pacto de 2006 refere-se à proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais realizadas no âmbito do SUS.

Destaca-se que embora este pacto tenha sido estabelecido em 2006, os indicadores propostos foram construídos para os anos anteriores, o que permitiu realizar a análise ao longo do período estabelecido. As fórmulas para a obtenção dos indicadores que serão analisados encontram-se no Anexo 2.

Para o cálculo dos indicadores de saúde bucal para os meses compreendidos entre janeiro de 1999 e outubro de 1999 foram utilizados os seguintes códigos do SIA-SUS:

1. O número total de primeiras consultas programáticas foi entendido como total de primeiros atendimentos no ano, sendo considerado o código SIA-SUS: 207-0⁴⁴.
2. O número de procedimentos odontológicos básicos individuais foi obtido pelos códigos SIA-SUS: 209-7, 211-9, 213-5, 215-1, 217-8⁴⁴.

3. O número de procedimentos especializados correspondeu ao grupo denominado de PE= Procedimentos odontológicos especializados (endodontia, cirurgia, prótese e radiologia), cuja fonte foi o SIA-SUS ⁴⁴.

4.3.3 Avaliação qualitativa dos gestores em saúde bucal

Questionários semi-estruturados autopreenchidos (Anexo 3) foram respondidos pelos gestores ou responsáveis em saúde bucal entre os anos de 1999 e 2006, no intuito de obter maiores informações relativas à gestão e aos instrumentos utilizados em cada período. Buscaram-se as mesmas informações contidas nos parâmetros das dimensões da matriz de análise, sendo ainda agregado dados sobre o perfil dos gestores. A identificação dos gestores foi feita através de informantes chaves da própria SMS de Fortaleza.

O questionário foi pré-testado em dois gestores municipais em saúde bucal, sendo um do Estado do Ceará. Foi identificada uma dificuldade de compreensão no item sobre os mecanismos de divulgação e incorporação dos dados coletados em levantamentos epidemiológicos. Esse item foi alterado através da colocação de exemplos desses mecanismos como oficinas e reuniões. O questionário foi ainda testado em outros nove gestores municipais em saúde bucal também do Estado do Ceará.

As informações coletadas junto aos gestores de saúde bucal foram analisadas como dados qualitativos e complementares, apresentados separadamente dos resultados da matriz de análise, visando a uma maior compreensão das dimensões propostas, no intuito de melhor esclarecer a utilização ou não de procedimentos e/ou instrumentos de gestão.

4.4 Análise do nível de adequação da gestão da Atenção Básica em saúde bucal

A análise da adequação da gestão baseou-se exclusivamente nas dimensões da matriz de análise adaptada sobre a implantação da atenção à saúde bucal em municípios brasileiros, a citar o planejamento com enfoque epidemiológico e a avaliação das ações, o suporte da gestão aos profissionais e às práticas na AB, a utilização de serviços e a integralidade da atenção.

Para cada uma das dimensões foi atribuído um escore que permitiu caracterizar o grau de adequação das ações em saúde bucal em Fortaleza. Estes escores foram propostos pelo mesmo estudo da matriz de análise empregada ²³. Esta análise foi realizada para cada um dos quatro momentos pré-estabelecidos: 1999-2000; 2001-2002; 2003-2004; 2005-2006, conforme o quadro a seguir:

Tabela 1. Classificação do nível de adequação das ações em saúde bucal de acordo com as características e pontuação.

Nível de Adequação	Característica e Pontuação
Incipiente	Se atingiu uma pontuação inferior a 33,3% da pontuação máxima proposta
Intermediário	Superior ou igual a 33,3% e inferior a 66,6% da pontuação máxima proposta
Avançado	Se a pontuação for superior a 66.6% da pontuação máxima proposta

Adaptado de Chaves et al (2007) ²³.

Após a coleta de dados, caso não fosse identificada nenhuma informação nas fontes de dados selecionadas para a construção da matriz, em algum dos quatro momentos, os escores correspondentes à dimensão abordada não seriam contabilizados.

4.5 Aspectos Éticos da Pesquisa

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Osvaldo Cruz (Parecer nº 180/08, de 10/02/2008). O referido parecer corresponde ao anexo 4 desta dissertação. O preenchimento dos questionários pelos gestores de saúde bucal foi realizado mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O levantamento dos documentos de gestão na Secretaria Municipal de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza ocorreu após a obtenção do Termo de Consentimento dos responsáveis pelas instituições.

5. Artigo

Título: Gestão da Atenção Básica em saúde bucal no município de Fortaleza, Ceará: análise documental e de indicadores de saúde bucal entre 1999 e 2006.

Título em inglês: *Primary Health Care management in oral health in Fortaleza, State of Ceara, Brazil: documental analysis and oral health indicators between 1999 and 2006.*

Título corrido: Análise documental e de indicadores de saúde bucal na Atenção Básica em Fortaleza, Ceará.

Autores:

Caroline Ferreira Martins Lessa

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Atenção Básica.

Endereço: Avenida Presidente Artur Bernardes, 2250. Casa 02. Bairro: Edson Queiroz.

CEP: 60.833-690. Fortaleza-Ceará.

Mario Vianna Vettore

Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde.

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

Resumo

Este estudo analisou o grau de adequação da gestão da Atenção Básica (AB) em saúde bucal no município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. A metodologia empregada teve como base uma matriz de análise de cinco dimensões: Planejamento e Programação, Suporte da Gestão aos Profissionais e às Práticas na AB, Oferta de Assistência Odontológica, Utilização de Serviços e Integralidade da Atenção. As informações foram obtidas de planos municipais de saúde, relatórios de gestão e análise de dados secundários do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS) e do IBGE. De maneira complementar analisou-se os indicadores do Pacto da AB (2006) e obtiveram-se informações com gestores de saúde bucal. Observou-se uma melhora nas quatro primeiras dimensões da matriz de análise, e apenas a dimensão relativa à utilização de serviços declinou no período. A tendência dos indicadores de saúde bucal foi heterogênea. Enquanto a “Cobertura de Primeira Consulta odontológica” reduziu, a “Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações individuais da AB” apresentou discreto aumento. Concluiu-se que o município de Fortaleza apresentou adequação da gestão da AB em saúde bucal ao modelo de vigilância em saúde entre 1999 e 2006. Entretanto, o declínio na utilização de serviços odontológicos associado à estabilidade dos indicadores de cobertura e assistência odontológica sugere a necessidade de sistematizar atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde bucal na AB em Fortaleza.

Palavras-chaves: saúde bucal, Sistema Único de Saúde, atenção primária à saúde, gestão em saúde, indicadores básicos de saúde

Abstract

This study assessed the degree of adequation of Primary Care management in oral health in the city of Fortaleza/Ceara, Brazil, between 1999 and 2006. The methodology employed was based on a matrix of analysis including five dimensions: Planning and Programming, Support to Management of Professionals and Practices in Primary Care, Dental Assistance Offered, Services Utilization and Integrality of Attention. The information was obtained from Municipal plans of health, management reports and analysis of secondary data from Ambulatorial System Information (SIA-SUS) and from IBGE. Complementary to that, health indicators from Primary Health Pact (2006) and information from oral health managers were analyzed. It was observed an improvement in the first of the four dimensions of the matrix of analysis and only the dimension related to health services utilization declined through the period of the study. The trends in oral health indicators were heterogeneous. While the oral health indicator “Covering of the First Dental Consultation” decreased, the “Proportion of Specialized Dental Procedures in Relation to Individual Actions in Primary Care” showed discrete increase. It was concluded that the management of oral health Primary Care in city of Fortaleza was appropriate to health surveillance model between 1999 and 2006. However, the decline of dental health services utilization associated with the stability in the indicators of dental covering and assistance suggest the need to systematize activities in the planning and assessment of actions of oral health in Primary Care in Fortaleza.

Key words: oral health, Single Health system, primary health care, health management, health status indicators

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) pressupõe um modelo de atenção baseado na vigilância à saúde no Brasil, que possibilita a integração entre ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Neste contexto, a descentralização político-administrativa e a organização da atenção à saúde vêm se configurando como os principais pilares do sistema de saúde ^{1,2}. A Atenção Básica no SUS vem, desde 1994, sendo estruturada através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que se baseia na responsabilização sanitária de comunidades por equipes multiprofissionais ³.

Além do atual debate sobre os modelos assistenciais e as formas de organização dos serviços no SUS ^{3,4}, observa-se o interesse por parte de gestores e pesquisadores em institucionalizar a avaliação no SUS ^{5,6}. Apesar disto, processos avaliativos no âmbito do SUS não configuram atividades regulares no cotidiano dos serviços de saúde e principalmente com capacidade de produzir melhorias na resolutividade e no desempenho do sistema ⁶.

A trajetória histórica dos modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil evidencia uma atenção voltada a grupos específicos, principalmente escolares e gestantes. Além disso, até pouco tempo, o cuidado à saúde bucal privilegiava aspectos clínicos curativos e exodontias em detrimento da prevenção ^{7,8}.

A Política Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde implementada em 2004 reorientou o modelo de atenção em saúde bucal, reforçando a necessidade de integração da odontologia no contexto da Atenção Básica. Assim, o planejamento, a avaliação e monitoramento das ações, bem como o uso de indicadores de saúde bucal no Pacto de Indicadores da Atenção Básica passaram a ser compreendidos como ferramentas importantes para a organização da saúde bucal na Atenção Básica ⁷.

Em 2006 foram propostos indicadores em saúde bucal ⁷, que são considerados importantes ferramentas para o monitoramento das ações nesta área e o seu emprego e metas a serem alcançadas foram pactuadas por estados e municípios. Em 2007, a Portaria Ministerial nº. 91/GM estabeleceu o Pacto pela Saúde, que unificou o Pacto pela Atenção Básica e os demais níveis de complexidade ⁹.

Em saúde bucal, os dois principais sistemas que registram dados da Atenção Básica são o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB e o Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SIA – SUS do banco de dados no Ministério da Saúde – o DATASUS. Vale ressaltar que o SIA - SUS é, para alguns municípios brasileiros, o único sistema que, embora tenha surgido para fins de pagamento, oferece os dados referentes aos procedimentos ambulatoriais ¹⁰.

O modelo de atenção em saúde bucal deve considerar as características municipais. A organização do planejamento e da programação dos serviços de saúde pressupõe o emprego de instrumentos normativos, incluindo Planos Municipais de Saúde constando metas e meios para alcançá-las. Ademais, a efetividade da atenção está relacionada com a gestão ou política pública baseada em evidências e com estabelecimento de contratos negociados entre gestores e profissionais, que por sua vez, são capazes de influenciar os indicadores de saúde ¹¹.

A avaliação e o monitoramento das ações em saúde bucal tornam-se relevantes ferramentas para a organização das ações de saúde bucal na AB. Assim, considerando os conceitos atuais na organização da atenção em saúde bucal, o presente trabalho analisou o grau de adequação da gestão da Atenção Básica em saúde bucal, considerando o modelo de reorientação da atenção em saúde bucal, no município de Fortaleza, Ceará, de 1999 a 2006.

Método

Desenho do estudo e seleção do caso

Realizou-se um estudo de caso instrumental ¹², no qual foi avaliada a adequação da gestão da Atenção Básica em saúde bucal ao modelo de reorientação da atenção em saúde bucal no município de Fortaleza, no período 1999-2006. O município de Fortaleza caracteriza-se pela adesão tardia à principal estratégia para a organização da AB, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), além da incorporação de outras propostas de modelo de atenção para a estruturação do nível primário entre 1999 e 2004, e o incentivo a ESF a partir de 2005.

Foram definidos quatro momentos comparativos da gestão da AB em saúde bucal no município do estudo: 1999-2000, 2001-2002, 2003-2004 e 2005-2006. A escolha agregada em biênios baseou-se na realidade local, caracterizada por distintos programas implantados e políticas públicas vigentes em diferentes momentos.

O Modelo teórico-lógico e a imagem-objetivo

A imagem-objetivo foi elaborada a partir dos pressupostos teóricos para a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal preconizados pela Política Nacional de Saúde Bucal. Estes aspectos foram adaptados ao modelo lógico dos processos relacionados à implementação das ações de saúde bucal em municípios brasileiros ¹³.

Para avaliar a adequação da gestão da AB em saúde bucal ao modelo de reorientação da atenção em saúde bucal foram adotadas três estratégias: matriz de análise baseada em cinco dimensões, avaliação qualitativa dos gestores em saúde bucal e análise de indicadores de saúde bucal na AB.

Para avaliar a gestão da AB em saúde bucal, empregou-se a matriz de análise adaptada ¹³, na qual foram utilizadas as seguintes dimensões: Planejamento e

programação, Suporte da gestão aos profissionais e às práticas na AB, Oferta de assistência odontológica, Utilização de serviços e Integralidade da atenção.

De forma complementar, foi aplicado um questionário autopreenchido aos gestores de saúde bucal entre 1999 e 2006. O instrumento elaborado contemplou aspectos próprios das dimensões da matriz de análise, bem como o perfil dos gestores. Além disso, os indicadores de saúde bucal do Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2006¹⁴ foram construídos para o período do estudo, no intuito de realizar análise comparativa com os resultados obtidos através da matriz de análise e dos gestores de saúde bucal.

Método de coleta e fonte de dados

Aplicação da Matriz de Análise

Para o emprego da matriz de análise, realizou-se inicialmente um estudo documental de instrumentos normativos de gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza, Ceará. Essa busca também foi conduzida no Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Fortaleza a fim de se levantar o maior número possível de informações. Foram também coletados documentos empregados diretamente na gestão em saúde bucal com o intuito de identificar quais são estes instrumentos como também de complementar as informações dos documentos principais.

Os instrumentos de gestão coletados de maior interesse foram os relatórios de gestão e os planos municipais de saúde, os quais foram identificados para os biênios 2001-2002 e 2003-2004. Para o primeiro biênio, 1999-2000, não foram encontrados os relatórios de gestão, tendo sido necessário utilizar os outros documentos como planos de ação e relatórios. Em 2005-2006 apenas os relatórios de gestão foram empregados uma

vez que o plano municipal de saúde que envolve 2006 não havia sido concluído até o final da coleta dos dados e o ano de 2005 não foi mencionado no plano anterior.

As informações obtidas nesses documentos foram utilizadas integralmente nas dimensões Planejamento e Programação, e Suporte da gestão aos profissionais e às práticas na AB, e parcialmente nas dimensões Oferta de assistência odontológica e Integralidade da atenção.

Para a dimensão “Oferta da assistência odontológica” foram agregados dados coletados nos documentos de gestão (número de dentistas no setor público) e do IBGE (população com renda com renda *per capita* inferior a 50% do salário mínimo). Em relação à “Integralidade da Atenção”, utilizaram-se dados dos documentos de gestão (existência de sistema de referência e serviços ofertados) e dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) (procedimentos especializados em odontologia).

Além disso, dados secundários do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) sobre os procedimentos de saúde bucal foram utilizados para responder as dimensões “Utilização de Serviços” e “Integralidade da Atenção”.

Caracterização do nível de adequação da gestão da Atenção Básica em saúde bucal

A caracterização da gestão em níveis de adequação foi baseada exclusivamente nos resultados das dimensões da matriz de análise. As dimensões abordaram o planejamento com enfoque epidemiológico e a avaliação das ações, o suporte da gestão aos profissionais e às práticas na Atenção Básica, a utilização de serviços e a integralidade. Para cada uma das dimensões foi atribuído um escore que permitiu caracterizar o grau de adequação da gestão em saúde bucal no Município de Fortaleza¹³.

A análise foi realizada para cada um dos quatro momentos pré-estabelecidos: 1999-2000, 2001-2002, 2003-2004 e 2005-2006, e cada período foram classificados em

três níveis de adequação: incipiente (menor que 33,3% da pontuação máxima), intermediário (superior ou igual a 33,3% e inferior a 66,6% da pontuação máxima) e avançado (superior a 66,6% da pontuação máxima proposta). Após a coleta de dados, caso não fosse identificada nenhuma informação nas fontes de dados selecionadas para a construção da matriz, em algum dos quatro momentos, os escores correspondentes à dimensão abordada não eram contabilizados.

Informações dos gestores ou responsáveis pela saúde bucal

A fim de obter informações dos gestores ou responsáveis pela saúde bucal no período de análise, foram aplicados questionários autopreenchidos e semi-estruturados. As mesmas informações contidas nos parâmetros das dimensões da matriz de análise foram coletadas, como também o perfil dos gestores. A identificação dos gestores foi feita através de informantes chaves da própria SMS de Fortaleza.

O questionário foi pré-testado em dois gestores municipais em saúde bucal, sendo um do Estado do Ceará. Foi identificada uma dificuldade de compreensão no item sobre os mecanismos de divulgação e incorporação dos dados coletados em levantamentos epidemiológicos. Em virtude disto, este item foi alterado através da colocação de exemplos desses mecanismos como oficinas e reuniões. O questionário foi ainda testado em outros nove gestores municipais em saúde bucal também do Estado do Ceará.

As informações coletadas junto aos gestores de saúde bucal foram analisadas como dados qualitativos e complementares, apresentados separadamente dos resultados da matriz de análise, visando a uma maior compreensão das dimensões propostas, no intuito de melhor esclarecer a utilização ou não de procedimentos e/ou instrumentos de gestão.

Construção dos indicadores de saúde bucal

Para a construção dos indicadores do Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2006¹⁴ empregaram-se dados do SIA-SUS para os anos 1999 a 2006. A escolha desses instrumentos foi baseada nas diretrizes do Ministério da Saúde, que instituiu esses mecanismos como aqueles de escolha para o acompanhamento das ações de saúde bucal no país⁷.

Destaca-se que embora este pacto tenha sido estabelecido em 2006, os indicadores propostos foram calculados para os anos anteriores, sendo descrita uma série histórica para o período. Os indicadores utilizados foram: Cobertura de Primeira Consulta Odontológica, Média de procedimentos odontológicos básicos individuais e Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações individuais da AB em saúde bucal.

O cálculo dos indicadores seguiu a orientação do Pacto de Indicadores de 2006, sendo o indicador “Cobertura de Primeira Consulta Odontológica” construído a partir da relação entre o número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado período e lugar e a população no mesmo local e período. Devido à mudança na definição de primeira consulta odontológica durante o período do estudo, ponderou-se esta alteração na análise dos resultados encontrados.

O indicador “Cobertura da Ação Coletiva Escovação Dental Supervisionada” não foi incluído, pois passou a ser informado apenas a partir de 2006, o que inviabilizou o emprego desse indicador no período estabelecido para o estudo.

Quanto ao indicador “Média de procedimentos odontológicos básicos individuais”, o seu cálculo ocorreu através do número médio de procedimentos odontológicos básicos, clínicos e/ou cirúrgicos, realizados por indivíduo na população residente em determinado local e período. O último indicador proposto refere-se à

“Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais” realizadas no âmbito do SUS.

As informações relativas ao total da população para o cálculo de todos os indicadores de saúde bucal foram obtidas do Censo Demográfico 2000 do IBGE (www.ibge.org.br). A população de interesse pode ser considerada estável, o que minimizou a ocorrência de vieses nas estimativas dos indicadores.

O cálculo dos indicadores de saúde bucal para os meses compreendidos entre janeiro de 1999 e outubro de 1999, período em que os códigos do SIA-SUS não correspondiam aos atuais, foi feito com base em códigos do SIA-SUS equivalentes, os quais são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1. Códigos do SIA-SUS para procedimentos odontológicos utilizados até outubro de 1999 e após essa data.

Procedimento odontológico	Código	
	Até Outubro de 1999	Após Outubro de 1999
Primeiras Consultas Odontológicas = Primeiros atendimentos no ano	207-0	03.021.01-7
Procedimentos odontológicos básicos	209-7, 211-9, 213-5, 215-1, 217-8	Grupo 03, exceto 03.011.02-0, 03.011.03-8, 03.011.04-6, 03.011.05-4, 01.023.01-2, 01.023.03-9, 04.011.02-3, 04.011.03-1 e 03.021.01-7 e os procedimentos do grupo 10 que passaram a ser básicos 10.051.15-5 e 10.051.36-8
Procedimentos Especializados = PE – Procedimentos odontológicos especializados (endodontia, cirurgia, prótese e radiologia)	–	–

Fonte: Narvai, 1996¹⁵.

Aspectos éticos da pesquisa

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Osvaldo Cruz (Parecer nº 180/ 08, de 10/02/2008).

Resultados

Caracterização do nível de adequação da gestão da Atenção Básica em saúde bucal segundo a pontuação das dimensões da matriz de análise

Os relatórios de gestão em saúde foram encontrados para a maioria dos anos em estudo, com exceção dos anos de 1999 e 2000. Quanto aos planos municipais, estiveram acessíveis aqueles que envolvem os três primeiros biênios, 1999-2000, 2001-2002 e 2003-2004. Ressalta-se que o plano municipal de saúde para o período entre 2006 e 2009 não foi encontrado, pois não foi concluído até o momento da coleta de dados. O ano de 2005 não foi mencionado no plano municipal anterior. O detalhamento dos documentos levantados na coleta de dados está expresso no Quadro 2.

A classificação do grau de adequação da gestão da Atenção Básica em saúde bucal nos diferentes períodos é apresentada na Tabela 1. No período de 1999 a 2000 as dimensões “Planejamento e Programação”, “Suporte da gestão aos profissionais e às práticas na Atenção Básica” e “A Integralidade da atenção” apresentaram adequação incipiente. Desempenho um pouco melhor (intermediário) foi encontrado nas dimensões relativas a “A oferta da assistência odontológica (cobertura potencial)” e “Utilização de Serviços (cobertura real)”. Entre 2001 e 2002 percebeu-se um avanço nas dimensões “Suporte da gestão aos profissionais e às práticas na Atenção Básica”, “A oferta da assistência odontológica (cobertura potencial)” e “A Integralidade da atenção” que passaram do nível incipiente, intermediário e incipiente para avançado, avançado e

intermediário, respectivamente. O nível de adequação relativo a este período foi mantido no biênio 2003-2004. O último momento do estudo, de 2005 a 2006, identificou-se o primeiro avanço na dimensão “Planejamento e Programação” que obteve nos momentos anteriores o mesmo nível de adequação (incipiente), avançando ao nível intermediário neste biênio. Outro aspecto positivo identificado corresponde a “A Integralidade da atenção” que nos anos de 2003-2004 obteve nível intermediário de adequação, passando para o nível avançado de adequação.

Quadro 2. Instrumentos normativos empregados pela gestão na Atenção Básica em saúde bucal no município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006.

Instrumentos	1999-2000	2001-2002	2003-2004	2005-2006
Gestão da Saúde	Plano de Ação 2000 – Ações estratégicas intersetoriais Indicadores de saúde atingidos em 1999 e 2000 com meta para 2001 Relatório do PSF – Fortaleza, Jun. 2000. Plano Municipal de Saúde 1998-2001	Relatório de Gestão 2001 Relatório de Gestão 2002 Plano Municipal de Saúde 2001-2004	Relatório de Gestão 2003 Relatório de Gestão 2004 Plano Municipal de Saúde 2001-2004	Relatório de Gestão 2005 Relatório de Gestão 2006
Gestão da Saúde Bucal	Instrumento de Acompanhamento das ações preventivas/educativas nas escolas patrimoniais de Fortaleza 1999 e 2000	Consolidado de Procedimentos odontológicos 2001 Consolidado Mensal de Procedimentos odontológicos 2002	Planilha de Acompanhamento Mensal de Projetos 2003 Avaliação do BPA Mensal 2004 Planilha de Acompanhamento Mensal da Capacidade Instalada e Procedimentos realizados com base na meta mensal programada e % atingido 2003 e 2004	Avaliação do BPA Mensal 2005 e 2006 Avaliação das Ações coletivas 2005 e 2006 (produção e cobertura)

Tabela 1. Pontuação e nível de adequação segundo as dimensões da matriz de análise para os momentos do período do estudo, 1999-2006, Fortaleza, Ceará.

Dimensão	Pontuação Máxima	1999-2000		2001-2002		2003-2004		2005-2006	
		Pontuação final	Grau de adequação	Pontuação final	Grau de adequação	Pontuação final	Grau de adequação	Pontuação final	Grau de adequação
Planejamento e Programação	15,0	3,5	Incipiente	4,0	Incipiente	4,0	Incipiente	7,5	Intermediário
Suporte da gestão aos profissionais e às práticas na AB	5,0	0,0	Incipiente	5,0	Avançado	4,0	Avançado	4,0	Avançado
A oferta da assistência odontológica (cobertura potencial)	5,0	3,0	Intermediário	5,0	Avançado	3,5	Avançado	5,0	Avançado
Utilização de Serviços (cobertura real)	7,0	3,5	Intermediário	3,0	Intermediário	4,5	Intermediário	1,0	Incipiente
A Integralidade da Atenção	10,0	1,5	Incipiente	6,5	Intermediário	6,5	Intermediário	10,0	Avançado

Entretanto, identificou-se queda nos resultados referentes à “Utilização de Serviços (cobertura real)” caindo do nível intermediário obtido nos três momentos anteriores para o nível incipiente de adequação.

Por outro lado, o “peso” de cada dimensão nos biênios estudados pode ser visualizado na Figura 1 em que se percebe a evolução da dimensão “Planejamento e Programação” no último biênio quando comparado aos demais períodos. Nota-se também o aumento gradual da cobertura potencial, ao passo que a cobertura real apresenta uma queda expressiva nos últimos anos. Quanto à “Integralidade da atenção”, observa-se um aumento do primeiro para o segundo biênio, uma regularidade entre os dois biênios e um aumento considerável nos últimos anos.

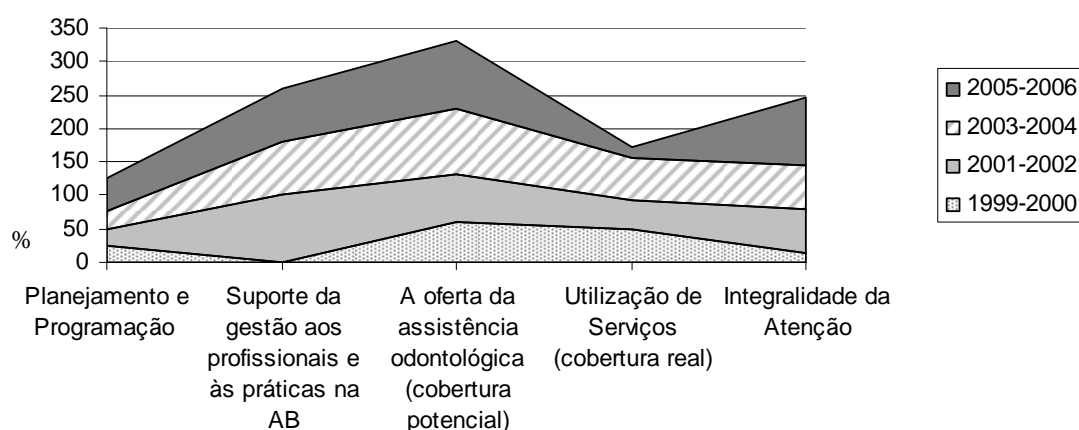


Figura 1. Comparação da representação das dimensões analisadas segundo os momentos do período do estudo, 1999-2006, Fortaleza-Ceará.

Análise das informações dos gestores de saúde bucal

Foram identificados três responsáveis ou gestores pelo setor de saúde bucal no período de estudo em Fortaleza um de 2002 (não foi informado o início) a agosto de 2003; outro entre setembro de 2003 a dezembro de 2004 e o terceiro de janeiro de 2005 ao final de 2006. Somente no período de 2005 a 2006 o gestor informou ter ocupado o

cargo formal de coordenador municipal de saúde bucal. A idade dos gestores variou entre 36 e 51 anos e dois eram do sexo feminino. Em relação à escolaridade, todos apresentavam curso superior de odontologia e especialização em saúde pública ou áreas correlatas.

As dimensões exploradas através do questionário aplicado aos gestores ou responsáveis pela saúde bucal foram “Planejamento e Programação”, “O suporte da gestão aos profissionais e às práticas na atenção básica” e a “Integralidade da atenção”.

No item referente à realização de levantamento epidemiológico, parte integrante da análise da dimensão “Planejamento e Programação”, os gestores dos dois últimos biênios afirmaram ter ocorrido esta atividade durante a sua gestão, apontando como mecanismos para a divulgação e a incorporação dos resultados pelas equipes da Atenção Básica os informativos, reuniões, oficinas regionais, criação de núcleos para a divulgação dos dados, relatórios e oficinas. O planejamento das ações em saúde bucal bem como a avaliação dessas atividades, quesitos também considerados na dimensão “Planejamento e Programação” foram ações apontadas por gestores nos períodos 2003-2004 e 2005-2006.

A supervisão do trabalho desenvolvido pelas equipes e o suporte material e instrumental para as atividades e ações da AB em saúde bucal consistem em itens da dimensão “O suporte da gestão aos profissionais e às práticas na atenção básica”. A partir das informações coletadas através dos gestores percebeu-se que estas atividades estavam presentes de 2003 a 2006.

Outro item da matriz de análise coletado através dos questionários corresponde aos sistemas de referência para outros níveis de complexidade e os serviços disponíveis. A totalidade dos questionários apontou haver sistema de referência das unidades básicas para a média complexidade e os serviços disponíveis mais frequentes foram:

endodontia, complementação diagnóstica/ Rx, prótese total e prótese parcial removível. Estomatologia/ diagnóstico do câncer foi encontrada em dois questionários. No último biênio foi especificado haver referência para as áreas de prótese unitária, prótese fixa, periodontia e odontopediatria.

Como informação adicional obteve-se que em relação aos recursos humanos disponíveis para a gestão da saúde bucal, apenas o gestor do período 2005-2006 informou que contava com uma equipe de assessores nas áreas de vigilância em saúde, além de coordenadores regionais. Os demais assinalaram que não havia responsável formal e que o assessor técnico em saúde bucal estava subordinado à coordenação da Atenção Básica.

Quanto às formas de organização da AB, todos os gestores informaram a existência da ESF e do programa de agentes comunitários de saúde, além de unidades de saúde com programas específicos para saúde da mulher e da criança, controle da diabetes e da hipertensão. Foi registrado ainda haver unidades de saúde sem programas de saúde pública implantados entre 2002 e 2004, e o pronto-atendimento em 2005-2006.

Outra informação adicional obtida através dos questionários corresponde ao repasse e à orientação dada às equipes de saúde bucal na AB sobre a alimentação e o uso dos sistemas de informação SIA-SUS e SIAB. Nesse quesito identificou-se que os gestores de 2003-2004 e 2005-2006 afirmaram terem realizado esta atividade.

Indicadores de Saúde Bucal da Atenção Básica

O indicador “Cobertura de Primeira Consulta Odontológica” apresentou declínio em 2000 e 2001, tendo como linha de base o ano de 1999. A partir de 2001 verificou-se aumento de quase duas vezes no valor do indicador, voltando a decrescer nos anos seguintes até o final do estudo (2002-2006). Quanto à “Média de procedimentos odontológicos básicos individuais” observou-se tendência de aumento a

partir de 1999 até 2002. Após este ano, entre 2003 e 2005, verificou-se redução nesse indicador, e, em 2006, percebeu-se aumento de aproximadamente 50% em seu valor em relação a 2005.

Em relação ao indicador “Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações individuais da Atenção Básica” percebeu-se uma redução comparando 1999 e 2000, seguindo com uma variação nos valores finais por ano entre 2001 e 2004. Em 2005 observou-se aumento de 100% se considerado o resultado de 2004, e em 2006, valor muito próximo ao ano de 2005. As tendências de mudanças dos indicadores estão apresentadas na Figura 2 e 3.

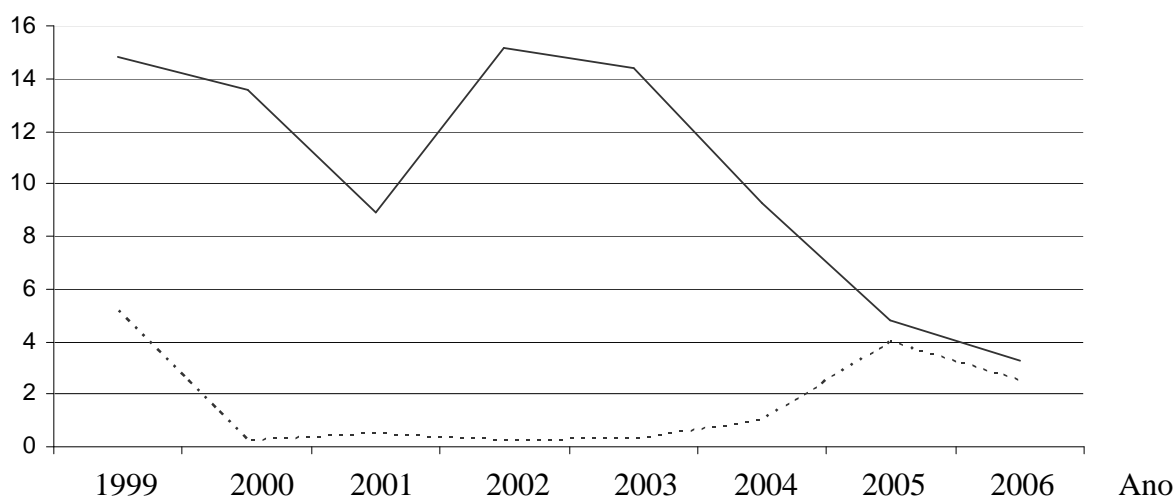

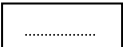


Figura 2. Comportamento temporal dos indicadores “Cobertura de Primeira Consulta Odontológica”  e “Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações individuais da Atenção Básica”  no Município de Fortaleza-Ceará, 1999-2006.

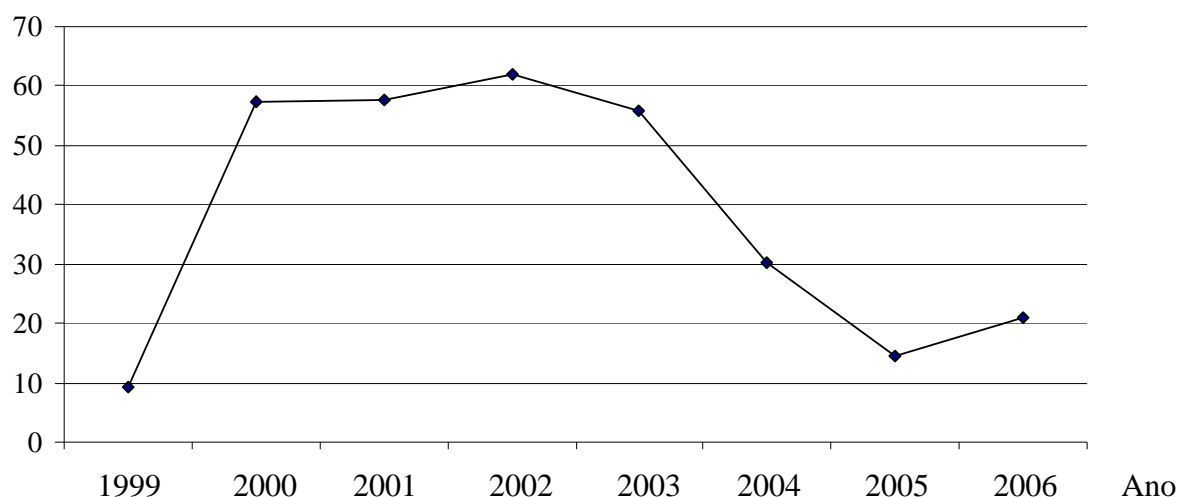


Figura 3. Comportamento temporal do indicador “Média de procedimentos odontológicos básicos individuais” no Município de Fortaleza-Ceará, 1999-2006.

Discussão

Dentre os pressupostos da atual Política Nacional de Saúde Bucal implementada em 2004 destaca-se a atuação na vigilância em saúde e a reorganização da Atenção Básica, incentivando a saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família ¹⁶. Apesar da avaliação das políticas e programas estar presente na agenda do Ministério da Saúde, observa-se que são incipientes as iniciativas de avaliação da gestão da Atenção Básica em saúde bucal.

A avaliação da adequação da gestão da Atenção Básica em saúde bucal no Município de Fortaleza entre 1999 e 2006 realizada empregou uma matriz de análise, previamente validada¹³ e demonstrou que houve avanços em quatro das cinco dimensões analisadas. Entretanto, a dimensão “Utilização de Serviços (cobertura real)” apresentou tendência de declínio ao longo do estudo, em especial nos anos de 2005 e 2006, apesar dos investimentos na ampliação das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF) desde 2005. Vale destacar que situação semelhante foi

observada em um estudo realizado na Bahia ¹³ no qual um dos municípios analisados, também com aumento na oferta de serviços, não apresentou este aumento proporcional nos indicadores de produção de serviços ambulatoriais no SIA-SUS.

Para a análise dos quesitos da dimensão “Utilização de Serviços (cobertura real)”, os dados do SIA-SUS representaram a principal fonte de informação, ao passo que para as demais dimensões foram empregados, essencialmente, informações dos documentos de gestão. Embora o SIA-SUS seja um importante sistema de informação para a saúde bucal na Atenção Básica, e que alguns autores já tenham utilizado esses dados em pesquisas avaliativas, existe pouca tradição no emprego desta ferramenta no planejamento e avaliação das ações odontológicas ^{10, 13, 17}. Desenvolver, rotineiramente, a avaliação das ações implementadas pela gestão em saúde bucal foi uma deficiência observada neste estudo e também foi apontada em um estudo na Bahia ¹³.

É possível que a pouca utilização do SIA-SUS no município do estudo possa ter influenciado na mudança negativa no comportamento temporal da dimensão relativa à utilização de serviços. Esta deficiência parece ter influenciado o desempenho do último biênio. No entanto, deve-se ter cautela nestas interpretações, pois a pouca utilização dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) em saúde bucal pode ter criado uma superestimação dos procedimentos odontológicos nos anos iniciais do estudo ou mesmo uma subestimação dos dados no final ¹⁸.

Além da pouca utilização, outros fatores, tais como a disponibilidade de computadores e recursos associados pode ter papel importante no acesso a estes dados. De maneira pragmática a redução na utilização de serviços possivelmente está relacionada à estrutura física de consultórios odontológicos e materiais de consumo, necessários a manutenção da oferta de serviços odontológicos à população assistida.

Como mencionado anteriormente, a análise das outras quatro dimensões envolveu fontes de informação variadas como dados primários de documentos de gestão e dados do IBGE. A partir de 2000, o incentivo à inserção do cirurgião-dentista na Atenção Básica através da ESF ¹⁹ gerou novas demandas nas secretarias de saúde, criando a necessidade de equipes de técnicos voltados à gestão dessas ações. Ademais, criou incentivos financeiros e estabeleceu metas através dos pactos de indicadores. Ao longo desse período, houve o estímulo à realização de levantamentos epidemiológicos nos estados e municípios como também a criação de centros de referência da atenção especializada em odontologia ^{7,20}. Todas estas iniciativas exercem influencia positiva sobre as quatro dimensões que apresentaram mudança de melhora ao longo do estudo, as quais consideraram o planejamento das ações, o apoio às ações na Atenção Básica, a oferta da assistência e a integralidade da atenção.

Vale ressaltar que embora a dimensão “Planejamento e Programação” tenham melhorado no último biênio, ainda apresenta nível de adequação intermediário segundo a matriz de análise empregada. Este apontamento foi também observado no estudo realizado no Estado da Paraíba no qual o autor concluiu que ações adequadas de planejamento e programação são raras e ainda complementa a mesma constatação referindo-se à avaliação das atividades em saúde bucal na ESF ²¹.

A avaliação da gestão a partir das dimensões da matriz de análise foi complementada pela observação dos resultados de três dos principais indicadores de saúde bucal instituídos pelo pacto de indicadores de 2006 propostos pelo Ministério da Saúde. Ao final desta etapa, foi possível perceber que algumas tendências foram similares nas duas formas de análise como a queda no indicador de “Primeira Consulta Odontológica” e a piora na dimensão “Utilização de serviços”, especialmente em 2005 e 2006. Houve também melhora da “Proporção de procedimentos odontológicos

especializados em relação às ações individuais da Atenção Básica” bem como da dimensão “Integralidade da atenção” no último biênio investigado.

Esta associação permite supor, com maior segurança, que há deficiências na utilização dos serviços odontológicos pela população nestes últimos anos. Fato este corroborado ainda pela avaliação dos procedimentos coletivos por habitante/ano, quesito da dimensão “Utilização de Serviços”, a qual se manteve aquém do estabelecido como padrão mínimo, quatro procedimentos coletivos habitante/ ano na população geral em todos os biênios estudados.

A melhora observada na dimensão “Integralidade da Atenção” como no indicador que mede a relação entre ações especializadas e Atenção Básica pode estar refletindo que no cotidiano dos serviços a atenção secundária esteja recebendo maior incentivo. Entretanto, para a realidade de Fortaleza, esta observação exige novos estudos, uma vez que o maior volume de serviços ligados à atenção especializada não é ofertada pelo município e sim pela Secretaria de Saúde do estado do Ceará.

A coleta de informações junto aos gestores ou responsáveis pela saúde bucal do período entre 1999 e 2006 no município possibilitou compreender o perfil desses gestores e obter informações adicionais àquelas investigadas na matriz e nos indicadores. Percebeu-se que o perfil desses gestores não alterou muito ao longo do estudo ao passo que houve mudança na adequação da gestão e no desempenho dos indicadores. Constatou-se que todos apresentaram formação em saúde pública, o que pode refletir que a postura técnica seja preponderante sobre a aquisição de conhecimentos formais na área.

A avaliação da gestão em saúde bucal tem sido objeto de outras investigações. Algumas pesquisas realizadas no Estado da Bahia avaliaram a gestão da atenção em saúde bucal. Um estudo inicial teve como finalidade investigar em que medida a

descentralização da gestão da atenção influenciou a organização dos serviços odontológicos em dois municípios baianos. Para isso, analisou a gestão da atenção em saúde bucal e as práticas dos profissionais na Atenção Básica. O estudo revelou que mesmo nos casos em que a descentralização da gestão havia ocorrido de maneira mais avançada, não foi acompanhada de melhorias na capacidade de gestão dos serviços odontológicos ¹³.

Em outro estudo, também na Bahia, buscou-se identificar a influência de fatores ligados à gestão da atenção à saúde bucal, a formação, inserção e o perfil dos profissionais sobre a prática profissional. Percebeu-se que o padrão de organização do processo de trabalho é influenciado pelas características da gestão, no qual municípios com maior articulação entre ações clínicas individuais, coletivas, preventivas e de planejamento apresentaram organização do trabalho mais próximo aos princípios do SUS ²². Este fato reforça a necessidade de explorar a avaliação da gestão da atenção em saúde bucal como realizado no presente estudo.

No estudo “Saúde Bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial” realizado em municípios do Rio Grande do Norte em 2004 analisou a incorporação da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família a partir de três dimensões: organização do trabalho na equipe de saúde bucal, acesso da população aos serviços de saúde bucal e estratégias de programação desenvolvidas pela equipe ²³. Entre os aspectos investigados no estudo, a avaliação das ações de saúde bucal foi apontada como uma medida estritamente administrativa, pouco compartilhada pelos gestores com as equipes de saúde bucal. Os autores sugeriram ainda que as medidas de avaliação usualmente empregadas pelos municípios constituem-se em métodos frágeis, uma vez que há poucos indicadores específicos para a saúde bucal como também registros incorretos nos SIS pelos municípios.

Dessa forma, embora a avaliação em saúde bucal ainda seja incipiente nos serviços de saúde, a agregação de metodologias, a exploração dos sistemas de informação e a utilização de documentos de gestão podem contribuir no aprimoramento desta prática. O acesso aos documentos de gestão tornou esta pesquisa viável e o contexto local possibilitou uma adequada compreensão entre estratégias de organização da atenção em saúde bucal e o impacto sobre os níveis de saúde bucal da população assistida. A associação de várias fontes de dados possibilitou uma avaliação mais complexa da adequação da gestão em saúde bucal no município do estudo que ao serem investigados ao longo de oito anos possibilitaram análises comparativas das mudanças ocorridas nos biênios estudados e a compreensão de fatores potencialmente relacionados à realidade investigada.

Referências Bibliográficas

1. Mendes EV. Um novo paradigma sanitário: A produção social da saúde. In: Mendes EV, organizador. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 233-300.
2. Paim J. S. Atenção à Saúde no Brasil. In: BRASIL. **Saúde no Brasil: contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.15 – 44.
3. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL, SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância em Saúde. In: Paim JS, organizador. **Promoção e vigilância da saúde**. Salvador: Editora CEPS; 2002. p. 23-57.
4. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, 2003; 1:113-25.
5. Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, 2004; 4:317-21.

6. Contandriopoulos André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. Saúde Coletiva** [periódico na Internet]. 2006 Set [citado 2008 Ago 23] ; 11(3): 705-711. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300017&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S1413-81232006000300017.
7. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
8. Medeiros Júnior A. Modelos assistenciais em saúde bucal. In: Ferreira MAF, Roncalli, AG, Lima KC, organizador. **Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar**. Natal: EDUFRN, 2004. p. 277 – 286.
9. Portaria nº. 91/ MS. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal. **Diário Oficial da União 2007**; 10 jan.
10. Scatena JHG, Tanaka OY. Utilização do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) na análise da Descentralização da Saúde em Mato Grosso. **Informe epidemiológico do SUS 2001**; 10(1): 19-30.
11. Ministério da Saúde. Gestão da Atenção Básica – como organizar um sistema de saúde liderado pela Atenção Básica/ Saúde da Família. **Rev Bras Saúde Família 2007**; 14:10-7.
12. Alves-Mazzotti AJ. Usos e Abusos dos estudos de caso. **Cadernos de Pesquisa 2006**; 36: 637-51.
13. Chaves SCL, VIEIRA-DA-SILVA LM. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. **Cad Saúde Pública 2007**; 23:1119-31.
14. Portaria nº 493/ MS. Aprova a relação de indicadores da atenção básica 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e o Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União 2006**; 13 març.

15. Narvai PC. Avaliação de ações de saúde bucal. **Oficina Saúde Bucal no SUS - SES/SP**; 1996 (mimeo).
16. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília, DF, 2004 a. 16 p.
17. Barros SG, Chaves SCL. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** 2003; 12(1) : 41 - 51]
18. Ministério da Saúde. **Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e rede Carmen**. Brasília, DF, 2007. 233p. _____.
19. Portaria nº 1444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de saúde da Família. **Diário Oficial [da] União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 dez. 2000. Seção 1, p.85.
20. Ministério da Saúde. SB Brasil: Levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira. **Informes da Atenção Básica**, Ano V, jul./ago. 2004. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/informes/psfinfo23.pdf>. acesso em 05 jan. 2006b.
21. Padilha WWN et al. Planejamento e programação odontológico no Programa Saúde da Família do Estado da Paraíba: Estudo Qualitativo. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 5, n. 1, p. 65-74, jan./abr. 2005.
22. Chaves SCL, Silva, LMV. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12 (6): 1697-1710, 2007.
23. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(11):2727-2739, nov, 2007.

Referências bibliográficas gerais

1. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. **Rev Panam Salud Publica**. 2006;19(6):385–93.
2. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **A Expansão do PSF em Fortaleza**. Disponível em: http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/Noticias_Detalhes.asp?noticia=280. Acesso em: 29 abr. de 2007.
3. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 3, n. 1, 2003. Disponível em: http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_psf/psf_ampliando_cobertura.pdf. acesso em 20 jul. 2007.
4. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. (Org.). SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância em Saúde. In: _____. **Promoção e vigilância da saúde**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002. 128 p. Cap. 2, p. 23-57.
5. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, 2006.
6. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. N. 17. Série A. **Normas e Manuais Técnicos**, 2006. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/cardernos_ab/documentos/abcad17.pdf. Acesso em 01 març. 2007.
7. Ministério da Saúde. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília, DF, 2001. 128 p.
8. Ministério da Saúde. **Departamento da Atenção Básica**. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/gestao/>. Acesso em: 01 ago. 2007.
9. Paim JS. Atenção à Saúde no Brasil. In: BRASIL. **Saúde no Brasil**: contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 304 p. Cap. 1, p.15 – 44.
10. Ministério da Saúde. Portaria n.1444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção á saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de saúde da Família. **Diário Oficial [da] União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 dez. 2000. Seção 1, p.85.
11. Ministério da Saúde. Portaria n. 267, de 06 de Março de 2001. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. **Diário Oficial [da] União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 07 mar. 2001. Seção 1, p.67.

12. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília, DF, 2004. 16 p.
13. Medeiros Júnior A. Modelos assistenciais em saúde bucal. In: Ferreira MAF, Roncalli AG, Lima KC(Org.). **Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar**. Natal: EDUFRN, 2004. 300 p. Cap. 18, p.277 – 286.
14. Mendes EV. (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.
15. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. N. 17. Série A. **Normas e Manuais Técnicos**, 2006. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/cadernos_ab/documentos/abcd17.pdf Acesso em 01 març. 2007.
16. Roncalli AG. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminho compartilhado. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 Out. 2006.
17. Ministério da Saúde. SB Brasil: Levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira. **Informes da Atenção Básica**, Ano V, jul./ago. 2004. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/informes/psfinfo23.pdf>. acesso em 05 jan. 2006b.
18. Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores sócio-econômicos. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v. 39, n. 6, 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000600010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 mar. 2007. Pré-publicação.
19. Camargo AL, Soares ECXF, Silva MAL da, Gomes MAG. O Monitoramento da Informação na Saúde Bucal. In: Silveira Filho AD, Ducci L, Simão MG, Gevaerd SP, organizadores. **Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirao, bocas saudáveis**. Rio de Janeiro: Cebes, 2002. p. 109-122.
20. Pinto VG. Relacionamento entre padrões de doença e serviços de atenção odontológica. **Rev Saúde Pública**, 1989; 23:509-14.
21. Facó EF, et al. O cirurgião-dentista e o programa saúde da família na microrregião II, Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, v.18, n. 2, 2005. Disponível em: < <http://www.unifor.br/notitia/file/512.pdf>. Acesso em 10 de jun. 2006.
22. Ministério da Saúde. Gestão da Atenção Básica – como organizar um sistema de saúde liderado pela Atenção Básica/ Saúde da Família. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Nº 14. Brasília, DF, 2007. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/revista_saude_familia14.pdf. Acesso em: 01 ago. 2007.

23. Chaves SCL, Vieira-da-Silva LM. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000500014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 Maio 2007.
24. Carvalho EF de, et al. Avaliação da vigilância epidemiológica em âmbito municipal. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife. 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000500006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 Maio 2007.
25. Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores sócio-econômicos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000600010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 mar. 2007.
26. Baldani MH, Vasconcelos AGG, Antunes JLF. Associação do índice CPO-D com indicadores sócio-econômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000100030&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 Maio 2007.
27. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE. A relação entre o espaço e a saúde bucal coletiva: por uma epidemiologia georreferenciada. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000100031&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 Maio 2007. Pré-publicação.
28. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(11): 2727-2739, nov, 2007.
29. Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev Bras Saude Matern Infant**, 2004; 4:317-21.
30. Contandriopoulos André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. saúde coletiva** [periódico na Internet]. 2006 Set [citado 2008 Ago 23]; 11(3): 705-711. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300017&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S1413-81232006000300017.
31. Vermelho LL, Leal AJC, Kale PL. Indicadores de saúde. In: Medronho RA et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2004. p.33-56.
32. Pattussi MP, Costa JSD, Tomita NE. O uso da epidemiologia nos serviços de atenção à saúde bucal. In: Antunes JPF, Peres MA, Crivello Junior O, coordenador.

Fundamentos da odontologia: Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 322 – 334.

33. Scatena JHG, Tanaka OY. Utilização do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) na análise da descentralização da saúde em Mato Grosso. **Inf Epidemiol SUS**. 2001;10(1):19-30.
34. Barros SG, Chaves SCL. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 2003; 12(1) : 41 - 51].
35. Ministério da Saúde. Portaria nº 493/ MS. Aprova a relação de indicadores da atenção básica 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e o Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União 2006**; 13 março.
36. Zanetti CHG. **Opinião:** a inclusão da saúde bucal nos PACS/PSF e as novas possibilidades de avanços no SUS. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>. Acesso em: 15 jun. 2003.
37. Ministério da Saúde. Portaria nº. 91/ MS. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal. **Diário Oficial da União 2007**; 10 jan.
38. Ministério da Saúde. Datasus. **Indicadores demográficos**. Brasília, DF, 2004 b. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 05 de Maio 2007.
39. Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. **Políticas de saúde bucal para uma Fortaleza Bela**. Fortaleza, 2005. 12 p.
40. Lopes CMN. **Integralidade e atenção à saúde bucal:** limites e perspectivas no Sistema Único de Saúde – um estudo exploratório em Fortaleza-CE. 2006, 67 p. Monografia (Especialista em Gestão em Saúde) – Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2006.
41. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **A Expansão do PSF em Fortaleza**. http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/Noticias_Detalhes.asp?noticia=280. (acessado em 29/ Abr/ 2007).
42. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **SMS conclui levantamento epidemiológico de saúde bucal**. http://www.fortaleza.ce.gov.br/ver_noticias.asp?cod=n54321952007185045. (acessado em: 20/ Ago/ 2007).
43. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL, SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância em Saúde. In: Paim JS, organizador. Promoção e vigilância da saúde. Salvador: Editora CEPS; 2002. p. 23-57.
44. Alves-Mazzotti AJ. Usos e Abusos dos estudos de caso. **Cadernos de Pesquisa** 2006; 36: 637-51.

45. Narvai PC. Avaliação de ações de saúde bucal. Oficina Saúde Bucal no SUS - SES/SP; 1996 (mimeo).

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de Análise (42 pts.) Dimensão Critérios/Padrões (pontuação máxima)

Matriz de Análise (42 pts.) Dimensão Critérios/Padrões (pontuação máxima)

Dimensão/ pontuação máxima	Critérios/ Padrões	Pontuação Máxima para cada critério
Planejamento e Programação (15 pt)	<p>Diagnóstico epidemiológico:</p> <p>a) Houve “levantamentos” epidemiológicos periódicos realizados e este (s) têm sido utilizado (s) para o planejamento e definição de metas e ações (CPO-D, ceo-d e índice periodontal nas idades índices indicadas pela OMS, por exemplo) (2,0 pt.);</p> <p>b) Houve incorporação do “levantamento” epidemiológico periódico pelas equipes de saúde bucal na Atenção Básica para o conhecimento e intervenção sobre a realidade local (2,0 pt.);</p> <p>c) Foram realizadas avaliações das ações para verificar seu impacto epidemiológico (2,0 pt.).</p>	6,0
	<p>Programação</p> <p>a) Planejamento utilizado era estratégico e envolvia a consulta a diversos atores (equipe de saúde e usuários) (5,0 pt.);</p> <p>b) O planejamento existia, porém era normativo (2,0 pt.).</p>	5,0
	<p>Avaliação</p> <p>a) Havia avaliação sistemática do planejamento realizado, com análise de indicadores de produção, cobertura e efeito das ações (4,0 pt.);</p> <p>b) A avaliação era feita a partir da análise de indicadores de produção dos serviços (2,0 pt.).</p>	4,0
O suporte da gestão aos profissionais e às práticas na atenção básica (5,0 pt)	<p>a) O nível central promovia oficinas regulares de capacitação dos profissionais sobre temáticas de interesse para o trabalho sem vínculo com a remuneração (2,0 pt.);</p> <p>b) Havia supervisão do trabalho desenvolvido, com suporte técnico e não apenas com controle sobre os trabalhadores (1,0 pt.);</p> <p>c) Havia suporte material e instrumental para desenvolvimento das atividades (2,0 pt.).</p>	5,0

<p>A oferta da assistência odontológica (cobertura potencial) (5,0 pt)</p>	<p>a) A relação dentista no setor público/habitante/ano na última gestão era igual ou superior ao padrão 1 dentista público para 3 mil habitantes com renda <i>per capita</i> inferior a 50% do salário mínimo (considerada população com renda insuficiente segundo o <i>Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil 33</i>) (3,0 pt.);</p> <p>b) Houve ampliação da oferta de serviços odontológicos durante o período do estudo no município (2,0 pt.).</p>	<p>5,0</p>
<p>Utilização de serviços (cobertura real) segundo o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) (7,0 pt)</p> <p>* Como a análise será para cada um dos quatro momentos (1999-2000; 2001-2002; 2003-2004; 2005-2006), a série histórica usada será aquela referente a cada um dos momentos</p>	<p>a) Os procedimentos ambulatoriais básicos habitante/ano atingiram o padrão mínimo proposto pela <i>Portaria no. 1.101/GM 24</i> (0,4 a 1,6 habitantes/ano) (1,0 pt.);</p> <p>b) Concentração de consultas odontológicas habitante/ano na série histórica analisada (1999-2000; 2001-2002; 2003-2004; 2005-2006)* atingiu o padrão de 0,25 consultas odontológicas habitantes/ano (equivale a 63% do parâmetro mínimo de 0,4 procedimentos ambulatoriais segundo <i>Portaria no. 1.101/GM 24</i>) (2,0 pt.);</p> <p>c) Os procedimentos coletivos habitante/ano atingiram o padrão mínimo de quatro procedimentos coletivos habitantes/ano na população geral (2,0 pt.);</p> <p>d) Os procedimentos restauradores foram em maior quantidade que os procedimentos cirúrgicos (a razão restauração/extração maior que 1) (2,0 pt.).</p>	<p>7,0</p>
<p>A integralidade da atenção (10 pt)</p>	<p>a) Havia um sistema de referência das unidades básicas para a média complexidade (endodontia) (2,0 pt.);</p> <p>b) Havia um sistema de referência das unidades básicas para serviços de complementação diagnóstica (radiologia periapical) (2,0 pt.);</p> <p>c) Havia serviço de referência para prótese parcial removível e total (3,0 pt.);</p> <p>d) Os procedimentos especializados em odontologia atingiram o padrão proposto pela <i>Portaria no. 1.101/GM 24</i> (0,04 a 0,06 procedimentos especializados/habitantes/ano) (3,0 pt.).</p>	<p>10</p>

Adaptado de Chaves et al (2007).

Anexo 2. Método para o cálculo dos indicadores de saúde bucal do Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2006

Indicador 24

Cobertura de primeira consulta odontológica programática

Método de cálculo

Número total de primeiras consultas odontológicas programáticas¹ realizadas em determinado local e período/ População no mesmo local e período x 100

Fonte

Numerador: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS.

Denominador: Base demográfica do IBGE.

Indicador 25

Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada

Método de cálculo

Média anual de pessoas participantes na ação coletiva Escovação Dental Supervisionada* realizada em determinado local e período
População no mesmo local e período
X 100

* Código do SIA/SUS: 03.011.02-0 (Portaria nº 95, de 14 de fevereiro de 2006)

Fonte

Numerador: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS-SIA/SUS.

Denominador: Base demográfica do IBGE.

Indicador 26

Média de procedimentos odontológicos básicos individuais

Método de cálculo

Número de procedimentos odontológicos básicos individuais² em determinado local e período/ População no mesmo local e período

Fonte

Numerador: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS.

Denominador: Base demográfica do IBGE.

¹ Código do SIA/SUS: 03.021.01-7 e Código SIA-SUS: 207-0 (jan./1999 a out./ 1999).

² Códigos do SIA/SUS: procedimentos odontológicos básicos que compõem o Grupo 03, à exceção dos códigos 03.011.02-0, 03.011.03-8, 03.011.04-6, 03.011.05-4, 01.023.01-2, 01.023.03-9, 04.011.02-3, 04.011.03-1 (Ações Coletivas criados pela Portaria SAS Nº 95, de 14 de fevereiro de 2006), e 03.021.01-7 (Primeira Consulta Odontológica Programática), mais os procedimentos do Grupo 10 que a partir da NOAS/01 passaram a compor o elenco de procedimentos odontológicos básicos individuais (10.041.01-0 - necropulpectomia de dente decíduo/permanente; 10.051.15-5 - glossorrafia e 10.051.36-8 - ulectomia) e Código SIA-SUS: 209-7, 211-9, 213-5, 215-1, 217-8 (jan./1999 a out./ 1999).

Indicador 27

Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais

Método de cálculo

Número de procedimentos odontológicos individuais especializados¹ realizados em determinado local e período/
Número total de procedimentos odontológicos individuais² realizados em determinado local e período
X 100

Fonte

Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS.

¹ Códigos do SIA/SUS: procedimentos odontológicos especializados que compõem o Grupo 10 e Código SIA-SUS referentes ao grupo denominado de PE= Procedimentos odontológicos especializados (endodontia, cirurgia, prótese e radiologia) para jan./1999 a out./ 1999.

² Todos os Códigos do SIA/SUS que compõem elenco de procedimentos odontológicos individuais: Grupo 03, à exceção dos códigos 03.011.02-0, 03.011.03-8, 03.011.04-6, 03.011.05-4 (Ações Coletivas) e 03.021.01-7(Primeira Consulta Odontológica Programática) e o Grupo 10 e Código SIA-SUS ao grupo denominado de PI= Procedimentos odontológicos individuais (exame clínico+odontoprev+dentística) para jan./1999 a out./ 1999.

Anexo 3. Questionário para os gestores/ responsáveis pela saúde bucal

QUESTIONÁRIO PARA OS GESTORES/ RESPONSÁVEIS PELA SAÚDE BUCAL

1. Informante:

- coordenador municipal de saúde bucal
 assessor da Secretaria Municipal de Saúde para o setor saúde bucal
 outro. Especificar: _____.

2. Período da gestão que participou:

Início: Mês:_____. Ano: _____.

Término: Mês:_____. Ano: _____.

3. Perfil do coordenador de saúde bucal na Atenção Básica:

Sexo: Masculino Feminino

Data de nascimento: ____/____/_____.

Escolaridade no período que esteve à frente do setor saúde bucal no Município de Fortaleza:

- Ensino fundamental
 Ensino médio
 Ensino Superior. Curso: _____.
 Especialização:_____. Ano de conclusão:_____.
 Mestrado Completo. Ano de conclusão: _____. Área de concentração:_____.
 Doutorado Completo. Ano de conclusão: _____. Área de concentração:_____.

4. No período em que esteve à frente do setor da saúde bucal no Município de Fortaleza, a responsabilidade da gestão na Atenção Básica era da competência de:

- Um único coordenador municipal de saúde bucal
 Um coordenador municipal e coordenadores regionais distribuídos nas unidades administrativas.
 Um coordenador municipal, assessores nas áreas de vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador) e coordenadores regionais distribuídos nas unidades administrativas.
 Não havia responsável formal.
 Outros. Especificar: _____.

5. Especifique as formas de organização da Atenção Básica durante o período de sua gestão que você participou:

- Saúde da Família
- Agentes Comunitários de saúde
- Médico de Família
- Unidades de saúde com programas de saúde pública implantados (exs: saúde da mulher, criança, diabetes e hipertensão e outros)
- Unidades de saúde sem programas de saúde pública implantados (exs: saúde da mulher, criança, diabetes e hipertensão e outros)
- Outros. Especificar: _____.

6. Houve a realização de levantamento epidemiológico em saúde bucal?

- Sim
- Não
- Não sabe ou não lembra

Caso tenha assinalado SIM na questão anterior, responda a questão 7; do contrário, passe para a questão 8.

7. Quais os mecanismos para a incorporação dos resultados do levantamento epidemiológico pelas equipes de saúde bucal na atenção básica? (Ex.: informativos, oficinas, outros).

_____.

8. Havia planejamento das ações em saúde bucal?

- Sim
- Não
- Não sabe ou não lembra.

9. Havia avaliação das ações planejadas com base em indicadores de produção, cobertura e efeito (impacto) das ações?

- Sim
- Não
- Não sabe ou não lembra.

10. Havia supervisão do trabalho desenvolvido nas ações de saúde bucal, com suporte técnico e não apenas com controle sobre os trabalhadores?

- Sim
- Não
- Não sabe ou não lembra.

11. Havia suporte de material e instrumental para desenvolvimento das atividades na atenção básica?

- Sim. (Sempre).
- Não (às vezes).
- Não sabe ou não lembra.

12. As equipes de saúde bucal da atenção básica receberam orientação sobre a alimentação e o uso dos sistemas de informação SIA-SUS e SIAB?

Sim Não Não sabe ou não lembra

13. Havia um sistema de referência das unidades básicas para a média complexidade?

Sim Não Não sabe ou não lembra

Caso tenha assinalado SIM na questão 13, responda a questão 14.

14. Quais serviços estavam disponíveis para a “média complexidade”?

Endodontia

Complementação diagnóstica/ Rx

Prótese Total

Prótese parcial removível

Estomatologia/ diagnóstico do câncer

Outros. Especificar: _____.

Anexo 4. Parecer Comitê de Ética e Pesquisa



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

**Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa**



Rio de Janeiro, 07 de abril de 2008.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

**PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº. 181/07
CAAE: 3720.0.000.031-07**

Título do Projeto: “Gestão da Atenção Básica em saúde bucal no município de Fortaleza, Ceará: análise histórica documental e evolução temporal dos indicadores de saúde bucal”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Caroline Ferreira Martins Lessa

Orientador: Mario Vianna Vettore

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/Fiocruz

Data de recebimento no CEP-ENSP: 21 / 11 / 2007

Data de apreciação: 05 / 12 / 2007

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução*).

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes *CNS/MS N° 196/96* de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet. (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.