

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA ODONTOLÓGICA  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**PATRÍCIA MARIA COSTA DE OLIVEIRA**

**INDICADORES DE SAÚDE BUCAL DA ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DO  
CEARÁ: UMA ANÁLISE CRÍTICA**

**FORTALEZA**

**2009**

**PATRÍCIA MARIA COSTA DE OLIVEIRA**

**INDICADORES DE SAÚDE BUCAL DA ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DO  
CEARÁ: UMA ANÁLISE CRÍTICA**

Dissertação submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Área de concentração: Clínica Odontológica

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Léa Maria Bezerra de Menezes

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Vieira de Lima Saintrain

**FORTALEZA**

**2009**

Ficha Catalográfica elaborada por Raimundo Nonato Ribeiro dos Santos  
(CRB-3-12/2008) – UFC/BCS

O49i Oliveira, Patrícia Maria Costa de  
Indicadores de saúde bucal da atenção básica no estado do Ceará: uma análise crítica/ Patrícia Maria Costa de Oliveira. – Fortaleza, 2009.  
93 f.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Léa Maria Bezerra de Menezes  
Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Vieira de Lima Saintrain.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará.  
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Fortaleza, CE.

1. Indicadores Básicos de Saúde 2. Atenção Primária à Saúde 3. Saúde Bucal I. Menezes, Léa Maria Bezerra de (orient.) II. Saintrain, Maria Vieira de Lima III. Título.

CDD 617.601

PATRÍCIA MARIA COSTA DE OLIVEIRA

INDICADORES DE SAÚDE BUCAL DA ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DO  
CEARÁ: UMA ANÁLISE CRÍTICA

Dissertação submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Odontologia. Área de concentração Clínica Odontológica.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

1º Examinador

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Léa Maria Bezerra de Menezes (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

2º Examinador

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lidiany Karla Azevedo Rodrigues  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

3º Examinador

Prof. Dr. Aldo Angelim Dias  
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

*A Deus, toda honra, glória e mérito.*

*À minha filha, Maria Eduarda, a personificação do amor  
genuíno e profundo;*

*Aos meus pais, Maria das Dores e Vítor e a minha irmã  
Daniela, pelo incentivo a minha formação profissional e o  
cuidado com a minha formação humana;*

*Ao meu marido, Sousa Junior, pois compreende que eu tenho  
asas e acredita comigo nos meus sonhos.*

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Léa Maria Bezerra de Menezes, por ter abraçado o projeto comigo desde sua fase embrionária e aberto novos horizontes em minha mente, por haver me impulsionado nos momentos críticos.

À minha coorientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Vieira de Lima Saintrain, sempre disponível, estimuladora de todo o processo no qual estávamos inseridos.

Ao Prof. Dr. Paulo César de Almeida, que brilhantemente colaborou com a elaboração do material estatístico, assim como concedeu sugestões em todo o trabalho.

À Universidade Federal do Ceará, na pessoa do Reitor Prof. Jesualdo Pereira Farias, que possibilitou minha formação acadêmica, responsável por um olhar especial sobre a Ciência.

Ao Dr. Francisco Ivan Rodrigues Mendes Júnior, Supervisor do Núcleo de Atenção à Saúde Bucal da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (NUASB) e toda a equipe (Dr<sup>a</sup>. Maria Duarte Pinto, Dr<sup>a</sup>. Maria de Fátima Freitas de Carvalho, Dr<sup>a</sup>. Maria Augusta Fonteles, Lúcia Nogueira de Brito, Maria Leonísia Costa Pereira, Talita Barros), que permitiram que eu me inserisse na rotina de seus trabalhos para operacionalizar a pesquisa.

À Dr<sup>a</sup>. Maria Eneide Leitão de Almeida e aos colegas do Núcleo de Estudos em Saúde Bucal Coletiva (NESBUC), que foram agentes fundamentais para engrandecer o estudo.

Ao Núcleo de Atenção Básica da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará pelas informações imprescindíveis ao andamento dos trabalhos.

Aos colegas e coordenadores de Saúde Bucal dos mais diversos municípios do Estado, que se envolveram compromissadamente com a busca ativa dos cirurgiões-dentistas que compunham as equipes de Saúde Bucal.

À Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Odontologia, nas pessoas do Prof. Dr. Sérgio Lima Santiago, Prof. José Jeová Siebra Moreira Neto, demais professores do Programa e os funcionários Lúcia Ribeiro Marques e Germano Mahlmann Muniz Filho.

Aos colegas do Mestrado, que, pela amizade, críticas e sugestões, abrilhantaram todo o processo referente aos estudos.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP, pela concessão de bolsa relativa ao Programa.

Aos bibliotecários Raimundo Nonato Ribeiro dos Santos e Rosane Maria Costa, da Biblioteca de Ciências da Saúde, que trabalharam arduamente para o cumprimento dos prazos.

Às funcionárias do Departamento de Clínica Odontológica, Clélia Bezerra Albuquerque, Gerarda Arcanjo de Sousa, Marta Maria de Araújo Alencar e Zuíla de Araújo Alencar, por facilitarem a execução de etapas importantes do ensaio.

Aos demais colaboradores do projeto que eventualmente não foram citados.

*“A provação vem, não só para testar o nosso valor, mas para aumentá-lo; o carvalho não é apenas testado, mas enrijecido pelas tempestades”.*

*- Lettie Cowman*

## RESUMO

O monitoramento e a avaliação nos serviços de saúde são etapas imprescindíveis na implantação das políticas de saúde. Informações em saúde fidedignas são relevantes para subsidiar o planejamento e a tomada de decisões. A Estratégia Saúde da Família, entendida como o mecanismo de acesso primário dos usuários às ações de saúde, fornece, por meio dos Sistemas de Informação, dados relativos à execução de atividades em seu âmbito de atuação. Este estudo objetivou analisar os indicadores de Saúde Bucal do Pacto da Atenção Básica no Estado do Ceará, verificando o percentual de cobertura populacional por equipes de Saúde da Família (ESF) e Saúde Bucal (ESB), a apresentação dos indicadores de Saúde Bucal na série histórica proposta e o modo como as informações, que ensejam os indicadores, são fornecidas pelos profissionais responsáveis. O trabalho constituiu-se de duas fases. Na fase 1 compilou-se dados referentes à cobertura populacional das ações de Saúde da Família e Saúde Bucal e os indicadores de Saúde Bucal do Pacto da Atenção Básica preconizados pelo Ministério da Saúde, no âmbito do Estado do Ceará. Utilizou-se de informações relativas à série histórica entre os anos de 2001 e 2007; no ano de 2001 o Ministério da Saúde iniciou repasse financeiro para os municípios, como incentivo para inserção de cirurgiões-dentistas nas equipes de Saúde da Família no Brasil. Estes dados foram obtidos em sítio eletrônico do Ministério da Saúde e complementados pelos relatórios do Núcleo de Atenção à Saúde Bucal da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Foram dispostos em tabelas do Programa *Excel*, sendo consideradas estatisticamente significantes as análises cujo valor de  $p$  fosse menor do que 0,05. Tais dados foram processados no Programa *SPSS*. Na fase 2, utilizou-se um instrumento (questionário) aplicado aos cirurgiões-dentistas atuantes na Estratégia Saúde da Família do Estado, onde se indagou a respeito do conhecimento deles sobre os indicadores de Saúde Bucal e como costumavam informar as ações de Saúde Bucal que realizavam diariamente nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF) e nos demais espaços sociais em que atuavam. Os dados da fase 1 foram analisados por intermédio de regressão linear e associação entre variáveis, cuja análise demonstrou que houve crescimento percentual estatisticamente significativa de cobertura populacional por equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal. Não houve melhoria significativa nos indicadores de Saúde Bucal, evidenciando-se sua estagnação no decorrer da série histórica. Observou-se que há divergências entre a interpretação dos objetivos dos indicadores e o registro dos dados relativos às ações de Saúde Bucal pelos cirurgiões-dentistas atuantes na Estratégia Saúde da Família e as orientações do Ministério da Saúde, havendo a necessidade de serem implementadas medidas de capacitação permanente para esclarecer aspectos relacionados aos indicadores de Saúde Bucal.

**Palavras-chave:** Indicadores Básicos de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Saúde Bucal.

## ABSTRACT

Monitoring and evaluation of health services are indispensable steps in the process of implementation of health policies. Trustworthy health information is relevant to subsidize the planning and the decision-making. Family's Health Strategy, understood as the primary access mechanism of the users to health actions, provides data related to the implementation of activities within its scope through the information systems. This study aimed to analyze the Oral Health Indicators of the Primary Attention Pact within the State of Ceará, checking the percentage of the population assisted by the Family's Health Strategy and Oral Health Program, the presentation of Oral Health Indicators in the historical series proposed and how the information, which generates indicators, is provided by the professionals in charge. This work consisted of two stages. In stage 1 it was compiled data on the population's coverage of the actions of the Family's Health Strategy and Oral Health Program and the Oral Health Indicators of the Primary Care recommended by the Ministry of Health within the State of Ceará. It was used information concerning the historical series between the years 2001 and 2007, when the Ministry of Health began to fund cities, as an incentive for inserting dentist surgeons in the Family's Health teams in Brazil. These data were obtained through the website of the Ministry of Health and complemented by the Oral Health Care Department of the Secretary of Health of the State of Ceará. They were arranged in Excel charts and it was considered statistically significant the differential analyses whose p-value was less than 0.05. The data were processed in the program so-called SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). In stage 2, it was used an instrument (questionnaire) applied to dentist surgeons who participate in the Family's Health Strategy in Ceará, where they were asked about their knowledge about the Oral Health Indicators and how they used to inform the Oral Health actions that they carried out daily in the Basic Units of Health Family and some other social spaces where they worked in. The stage 1 data were analyzed using linear regression and association between variables. It was verified that there was percentage growth of population's coverage of the historical series of the Family's Health Teams and Oral Health was statistically relevant. There was no statistically significant improvement in the Oral Health indicators, giving evidence of the stagnation of the members during the historical series. It was noticed that there are misunderstandings about the interpretation of the indicators and in the registry of the data related to the Oral Health actions by dentist surgeons operating in the Family's Health Strategy and orientation of Ministry of Health, with the necessity of implementation of measures of permanent training to clarify aspects concerning the Oral Health Indicators.

**Keywords:** Health Status Indicators. Primary Health Care. Oral Health.

## LISTA DE GRÁFICOS

1	Distribuição percentual da cobertura populacional ESF/ESB. Ceará 2001 – 2007.....	48
2	Resultados dos indicadores SB. Ceará 2001 – 2007.....	54

## LISTA DE TABELAS

1	Amostra estratificada dos cirurgiões-dentistas participantes da pesquisa .....	40
2	Amostra estratificada dos municípios participantes da pesquisa.....	42
3	Distribuição percentual da cobertura populacional ESF/ESB. Ceará 2001 – 2007 .....	46
4	Resultados dos indicadores SB. Ceará 2001 – 2007.....	49
5	Cruzamento entre tempo de trabalho e curso de capacitação.....	63
6	Cruzamento entre informação sobre primeira consulta odontológica e tempo de trabalho.....	65
7	Cruzamento entre informação sobre primeira consulta odontológica e curso de capacitação.....	66
8	Cruzamento entre informação sobre procedimentos coletivos e tempo de trabalho.....	67
9	Cruzamento entre informação sobre procedimentos coletivos e curso de capacitação.....	69
10	Cruzamento entre informação sobre dentes extraídos e tempo de trabalho.....	70
11	Cruzamento entre informação sobre dentes extraídos e curso de capacitação.....	71

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
CE	Ceará
CD	Cirurgiões - dentistas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
COMEPE	Comitê de Ética em Pesquisa
CEOD	Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados por decíduos
CPO-D	Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
CRES	Célula Regional de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GM	Gabinete Ministerial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NUASB	Núcleo de Atenção à Saúde Bucal
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
PSF	Programa Saúde da Família (Estratégia)
SB	Saúde Bucal
SESA	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBASF	Unidade Básica de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	18
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral</b> .....	18
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b> .....	18
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	19
<b>3.1</b>	<b>O Sistema Único de Saúde</b> .....	19
<b>3.2</b>	<b>O Contexto da Inserção do Cirurgião-Dentista na Estratégia Saúde da Família</b> .....	23
<b>3.3</b>	<b>As Equipes de Saúde Bucal</b> .....	27
<b>3.4</b>	<b>Sistemas e Boletins de Informação em Saúde Bucal</b> .....	29
3.4.1	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).....	30
3.4.1.1	Mapa de Atendimento Diário.....	30
3.4.1.2	Boletim de Produção Ambulatorial (BPA).....	31
3.4.2	Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).....	31
<b>3.5</b>	<b>Indicadores da Atenção Básica</b> .....	32
3.5.1	Os indicadores de Saúde Bucal do Pacto da Atenção Básica.....	32
3.5.1.1	Cobertura de primeira consulta odontológica.....	33
3.5.1.2	Razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de zero a quatorze anos.....	34
3.5.1.3	Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais.....	34
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	36
<b>4.1</b>	<b>Fase 1</b> .....	36
4.1.1	Tipo de Estudo.....	36
4.1.2	Metodologia.....	36
4.1.3	Análise Estatística.....	37
4.1.4	Aspectos Éticos.....	37
<b>4.2</b>	<b>Fase 2</b> .....	37
4.2.1	Tipo de Estudo.....	37
4.2.2	Validação do Instrumento.....	38
4.2.3	Estudo Piloto.....	38

4.2.4	Amostra do Estudo.....	38
4.2.5	Cálculo da Amostra.....	39
4.2.6	CrITÉrios de Inclusão e Exclusão.....	43
4.2.7	Metodologia.....	43
4.2.8	Análise Estatística.....	44
4.2.9	Aspectos Éticos.....	45
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>46</b>
<b>5.1</b>	<b>Fase 1: Análise Documental.....</b>	<b>46</b>
5.1.1	Cobertura de primeira consulta odontológica.....	49
5.1.2	Razão entre procedimentos coletivos e a população de zero a quatorze anos.....	50
5.1.3	Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais.....	52
<b>5.2</b>	<b>Fase 2: Questionário Aplicado aos Cirurgiões-Dentistas da Estratégia Saúde da Família no Estado do Ceará.....</b>	<b>55</b>
5.2.1	Cruzamento de Variáveis.....	62
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>74</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>75</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>76</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>87</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>91</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) resulta de um expressivo movimento de reforma sanitária, inserido no processo de redemocratização do Brasil e que teve na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, um importante marco para o estabelecimento dos novos rumos na reorganização do Sistema de Saúde no país. Ao lado dos avanços no campo político-institucional, o SUS marca nova etapa do setor da Saúde no Brasil, inserida pela primeira vez na nova Carta Magna em 1988 (BLEICHER, 2004).

Assim, o Sistema Único de Saúde surge no Brasil na tentativa de garantir saúde de boa qualidade para todos os cidadãos brasileiros, sem exceções, pautado, portanto, no princípio da universalidade.

Dentre os níveis de atenção à saúde no âmbito do SUS, a Atenção Básica está situada no primeiro nível, voltada para a promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação dos pacientes que utilizam este serviço, sendo um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo (BRASIL, 2006).

O Programa Saúde da Família (PSF) tornou-se, nos últimos anos, o principal projeto implantado na reorganização dos serviços de Saúde na Atenção Básica. Centrado na vigilância à Saúde, baseia-se na nova percepção acerca do processo saúde-doença, com atenção voltada para a família e com ações organizadas em um território definido. Sua concepção considerou que o modelo tradicional de assistência impôs um descompasso entre os princípios do SUS em relação à realidade concreta de implantação do Sistema de Saúde (SOUZA; RONCALLI, 2007).

A descentralização, princípio organizativo do Sistema Único de Saúde, foi impulsionada em 1998, com a implantação do Piso de Atenção Básica (PAB). O PAB modificou profundamente o gerenciamento das ações e serviços no âmbito do setor Saúde no Brasil. Com sua implantação e conseqüente transformação da lógica do financiamento da Atenção Básica, foi possível promover mudanças no funcionamento do modelo de Atenção à Saúde, tornando-o mais eficiente e contribuindo para a integralidade no desenvolvimento das ações, o acesso universal e consolidando os vínculos entre a população e os serviços.

Cabe destacar que o PAB foi fundamental para induzir o alargamento da Atenção Básica, com repasses de recursos para esta, baseado em critérios

populacionais. Este processo foi aprimorado com a criação do PAB variável, o estabelecimento de repasses em função do número de equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e agentes comunitários de saúde em atividade nos municípios (SOLLA *et al.*, 2007).

Mais tarde, objetivando orientar a avaliação e monitoramento das ações da Atenção Básica no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde (MS) formulou a proposta de desenvolvimento de pactos da gestão entre as três esferas de governo, tomando, como objeto de negociação, as metas a serem alcançadas em relação aos indicadores. Este pacto foi instituído pelas Portarias GM/MS 3.925 de 1998 e 476 de 1999, que regulamentam o acompanhamento e a avaliação da Atenção Básica.

Desde a sua implantação, o processo de pactuação tem sido aperfeiçoado, tanto com relação à sua forma de condução quanto aos indicadores selecionados (BRASIL, 2003a).

Com a inserção do cirurgião-dentista nas equipes de PSF, efetivamente implantadas em março de 2001 (BRASIL, 2002), foram concentrados esforços no sentido de se programar práticas voltadas à melhoria das condições de Saúde Bucal dos brasileiros. São necessárias, porém, a avaliação e o monitoramento de ações referentes às práticas de Saúde Bucal centrados na Atenção Básica, por meio dos indicadores de Saúde Bucal: cobertura de primeira consulta odontológica; razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de zero a quatorze anos; e proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais.

A reivindicação da categoria odontológica para sua inserção nas equipes de Saúde da Família, a sensibilização do Ministério da Saúde sobre a necessidade de mudanças estratégicas e urgentes no quadro odontológico do país, representado por uma população à margem do atendimento odontológico, os investimentos financeiros do Governo Federal para inclusão do cirurgião-dentista no PSF, enfim, requerem uma análise das ações implantadas para verificar se geraram impacto significativo nos indicadores de Saúde Bucal.

Segundo Pereira (2009) os impactos referem-se às alterações ou mudanças efetivas na realidade sobre a qual um programa intervém e por ele são provocadas.

É importante destacar o fato de que o monitoramento dessas ações há de ser realizado de modo compromissado com a melhoria das condições de Saúde

Bucal dos usuários, incluindo-se neste sentido a avaliação dos que são responsáveis diretamente pela execução e informação dos procedimentos, viabilizando a montagem de um retrato real obtido mediante informações fidedignas e que permitam direcionar trabalhos futuros às necessidades apresentadas. A informação distorcida enseja potenciais erros no cálculo dos indicadores e, conseqüentemente, traz prejuízos à avaliação.

Chaves e Silva (2007) destacaram a necessidade de se investigar como se formulam e se implementam as práticas de Saúde Bucal em diferentes contextos organizacionais e políticos e em que medida os agentes dessas práticas estabelecem suas ações e as compreendem.

Este trabalho avaliou os dados referentes aos indicadores de Saúde Bucal do Pacto da Atenção Básica no Estado do Ceará, traçando um panorama relativo à série histórica de 2001 a 2007 (o primeiro, ano em que foi iniciado o repasse de incentivos financeiros federais para implementação de equipes de Saúde Bucal, o último, o mais recente ano, quando foram disponibilizadas as informações das ações de Saúde Bucal pela Secretaria da Saúde do Estado), investigando a interpretação dos cirurgiões-dentistas quanto aos objetivos dos indicadores de Saúde Bucal e como estão sendo informadas as ações de Saúde Bucal que realizam.

Também foram objetivos deste ensaio, verificar se os dados apresentados pelo Ministério da Saúde demonstram uma expansão de cobertura relevante das equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Ceará; e se a apresentação dos indicadores de Saúde Bucal representa significativas mudanças no decorrer da série histórica estudada.

Na perspectiva de Narvai (2006a), as análises de tendências são de grande valor, pois produzem subsídios úteis ao planejamento e à tomada de decisão em saúde.

A escassez de literatura específica e o ineditismo deste trabalho no Estado do Ceará demonstram a sua relevância e a possibilidade de se redirecionar as políticas de Saúde Bucal por meio de uma análise de resultados obtidos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar os Indicadores de Saúde Bucal do Pacto da Atenção Básica preconizados pelo Ministério da Saúde e a compreensão destes, dada pelos cirurgiões-dentistas das Equipes de Saúde Bucal do Estado do Ceará.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Verificar a cobertura populacional das equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Estado do Ceará nos anos de 2001 a 2007.

Analisar a série histórica dos três indicadores de Saúde Bucal do Pacto da Atenção Básica no Estado do Ceará, nos anos de 2001 a 2007.

Conhecer a interpretação dos cirurgiões-dentistas acerca dos objetivos dos indicadores de Saúde Bucal do Pacto da Atenção Básica no Estado do Ceará

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 O Sistema Único de Saúde

As temáticas da reforma do Estado e da seguridade social estiveram ausentes da agenda e do discurso das políticas de esquerda no Brasil até os anos 1970, quando as mudanças na teoria e na prática política introduziram temas como a cidadania e a institucionalidade democrática no centro das discussões políticas. Neste contexto, as opções pelo fortalecimento das políticas públicas e formulação das bases de um Estado do bem-estar social foram vistas como prioritárias, unificando as demandas dos setores mais progressistas (FLEURY, 2009).

As políticas de bem-estar social promoveram importantes avanços na elaboração da proposta de reforma sanitária, fundamentada no princípio da Saúde como direito de todos e dever do Estado. A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, onde os princípios e diretrizes da reforma sanitária foram sistematizados, e a promulgação da Constituição de 1988, quando passou a vigorar o SUS, estabeleceram como diretrizes de organização o acesso universal, a equidade, o controle social e a gestão única, em cada nível de governo (MENDES; CALDAS JÚNIOR, 2001).

A proposta de um sistema de Saúde igualitário chocou-se com o legado histórico de uma sociedade marcada pela diferenciação e pela segmentação no próprio campo da Atenção à Saúde. Entender a implementação do SUS implica compreender a configuração institucional das políticas anteriores. A Constituição Federal de 1988 estabeleceu os princípios e diretrizes para uma completa reorganização do Sistema de Saúde desde a formalização de um princípio igualitário e do comprometimento público com a garantia desta igualdade. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser considerada uma "carta fundadora" de uma nova ordem social no âmbito da Saúde (MENICUCCI, 2009).

A instituição da Saúde nos parâmetros constitucionais em vigor tem fundamentos no artigo 196 da Carta Grande de 1988, que define o Sistema Único de Saúde (SUS). Suas ações e serviços integram uma rede regionalizada e hierarquizada; constituem um sistema único, organizado, descentralizado, com direção única em cada esfera de governo, prestando atendimento integral, baseado

na priorização de atividades preventivas (sem prejuízo das assistenciais) e com participação popular (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Na década de 1990 restou a tarefa de transformar em realidade os dispositivos definidos na Constituição Federal. Em virtude das suas enormes dimensões, esse processo implicou elevado grau de criatividade e inovação, mas, transpondo questões institucionais e da gestão em que os avanços são significativos, a implementação do SUS é repleta de ambiguidades, avanços e dificuldades (MENICUCCI, 2009).

No que tange à saúde, se por um lado, a Constituição passou a conceber Saúde como "direito de todos e dever do Estado", por outra parte, não logrou estabelecer com clareza, em seu texto – Art. 198 (BRASIL, 1988) – como ocorreria o financiamento desse sistema de acesso universal e igualitário. Ao refletir as contradições da própria sociedade, a Constituição de 1988 promoveu avanços e manteve privilégios, mas são inquestionáveis os progressos assegurados no campo da Saúde, salientando-se (BRASIL, 1988):

- a mudança de concepção de Saúde;
- a mudança na forma de organização do Sistema – com destaque para a descentralização – tendo em cada esfera de governo a única responsável pela direção de seu Sistema;
- a mudança da razão curativa em favor da preventiva, ao propor o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais;
- a participação, apenas em caráter complementar, da iniciativa privada.

Se a Constituição de 1988 define os princípios básicos do Sistema Único de Saúde e as Leis Orgânicas da Saúde estruturam o seu arcabouço, definindo objetivos, atribuições, competências, financiamento, controle social e participação do setor privado, são as Normas Operacionais Básicas os instrumentos que concretizam a real implantação deste Sistema, a partir de 1991. A descentralização dos serviços e ações de Saúde ganhou impulso com a edição das Normas Operacionais Básicas (NOB) 01/91 e 01/92, mas seu enfoque ainda se concentra no financiamento, principalmente da assistência médica, individual e curativa. As Normas Operacionais Básicas (NOB), mesmo quando discutidas em outros níveis, são instrumentos normalizadores elaborados pelo Poder Executivo federal e editados na forma de portaria ou resolução ministerial, adquirindo *status* de lei e

orientando a implementação do SUS em todo o território nacional. Neste sentido, deveriam ser elementos definidores das bases e princípios fundamentais sobre os quais União, Distrito Federal, estados e municípios elaborariam seus sistemas de Saúde. Essa situação permite supor que as NOB configuraram como instrumentos para definir o modelo de atenção à Saúde e direcionar as políticas públicas para o setor Saúde, transcendendo o seu papel regulador (SCATENA; TANAKA, 2001).

Em relação à Saúde Pública, por exemplo, os anos que seguiram a inscrição do Sistema Único de Saúde (SUS) no texto constitucional são repletos de momentos de tensão com a equipe econômica do Governo do momento. Isso pode ser caracterizado como permanente situação de cabo de guerra entre os defensores do SUS e os responsáveis pela política econômica do País, muitas vezes se revelando abandono e/ou rechaço do conceito de Saúde Pública e, por consequência, de suas bases de financiamento, reduzindo ou fazendo do princípio da universalidade letra morta. No plano do discurso, todos os agentes envolvidos nessas disputas situam-se como defensores da manutenção e da ampliação das Políticas Sociais (MARQUES; MENDES, 2005).

É necessário fortalecer o intercâmbio das instituições formadoras e os gestores de sistemas locais de saúde em torno de uma agenda comum, que se possa transformar numa crescente articulação de ações que tenham por finalidade superar tradição liberal-privatista e formar profissionais e cidadãos comprometidos com o SUS (FRAZÃO, 2009).

É preciso, ainda, reforçar a idéia que o Sistema Único de Saúde, embora tenha sido explicitado em sua formalização inicial pela Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, operacionalizado por meio de legislação específica, tais como a Lei Orgânica de Saúde e pelas Normas Operacionais Básicas e de Assistência à Saúde (NOB e NOAS), não é um modelo simples e estanque. O SUS é um processo e, como tal, é algo em constante evolução, na busca de seu próprio aperfeiçoamento, objetivos e ideal (VALENTIM; KRUEL, 2007).

Nesse sentido, o SUS deve possibilitar o acesso universal às ações e serviços de Saúde, em função das necessidades apresentadas pelos sujeitos. Enfrenta, no entanto, dificuldades associadas, dentre outros aspectos, à insuficiência de recursos financeiros em face das demandas apresentadas; à falta de organização as unidades federadas e municípios para a efetivação de ações regionalmente hierarquizadas; ao repasse de recursos financeiros; à disparidade de salários e

cargos; e à disparidade de posições dos gestores e profissionais ante o sistema (OLIVEIRA, 2007).

É necessário que os trabalhadores de Saúde pretendam o SUS como um projeto de defesa da vida dos cidadãos, que trabalhem buscando a organização dos serviços de Saúde com base no acesso universal, na equidade, na integralidade da assistência, na eficácia e no atendimento humanizado. Na busca pela melhoria da atenção à Saúde, os gestores e profissionais de saúde devem refletir sobre a necessidade de revisão das concepções sobre saúde, bem como, acerca das políticas públicas existentes, trabalhando pela consolidação de práticas em saúde baseadas nos sentidos da integralidade e inserindo o acolhimento, a humanização e o cuidado no seu cotidiano de trabalho (FONTOURA; MAYER, 2006).

É necessário situar o verdadeiro papel da educação superior para a formação de recursos humanos vinculados ao Sistema de Saúde Brasileiro, *locus* da aplicação da chamada Saúde Bucal Coletiva. Aqui cabe uma observação: esse Sistema de Saúde deve ser entendido como de toda a população, e não somente dos pobres, já que, por exemplo, a cada vez que os honorários médicos são deduzidos do Imposto de Renda ou é fornecido recibo aos pacientes, também com a renúncia fiscal dos planos de saúde suplementar, ou, ainda, a cada vez que se abrem as torneiras de água de abastecimento público, está se fazendo uso desse sistema (ARAÚJO, 2006).

A formação de profissionais de Saúde envolve diretamente as oportunidades advindas do mercado de trabalho, o perfil profissional e a satisfação das demandas populacionais. Assim, a articulação entre as políticas de Educação e de Saúde é fundamental para que as transformações sejam possíveis (ARAÚJO, 2006).

Do ponto de vista das políticas sociais, não se pode esquecer (sob pena de se empreender um retrocesso) de que a Constituição de 1988 significou verdadeira inflexão no tratamento até então concedido pelo Estado. Os constituintes, com destaque para os progressistas, ao terem clareza sobre a necessidade de se pagar a imensa dívida social brasileira herdada do regime militar e de se avançar em termos de proteção social, procuraram introduzir na Constituição direitos básicos e universais de cidadania, assegurando o direito à Saúde Pública, definindo o campo da assistência social, regulamentando o seguro-desemprego e avançando na cobertura da previdência social. Essas conquistas foram incorporadas em capítulo

específico – o da Seguridade Social –, consolidando a solidariedade entre a Saúde, a Previdência e Assistência Social (MARQUES; MENDES, 2005).

Segundo Viana & Machado em 2008, apesar dos avanços concretos em termos político–institucionais e de expansão do acesso da população às ações e serviços de saúde, o sistema de saúde brasileiro, duas décadas após a Constituição, ainda apresenta problemas sérios, incoerentes com os preceitos da Seguridade e do SUS que constituem desafios iminentes a construção permanente do SUS. Há na implantação das estratégias da atenção básica/expansão da Saúde da Família problemas na organização, eficiência e efetividade da atenção básica no SUS, incluindo fragilidades no âmbito do modelo de atenção.

O Sistema de Saúde, como uma política setorial isolada, precisa acompanhar a complexidade urbana atual, de modo a garantir resolutividade do sistema. Além disso, o financiamento e o planejamento estratégico do sistema têm que considerar as adversidades e as novas demandas geradas nas grandes cidades. Deve-se, ainda, buscar a superação das imensas distorções do financiamento setorial.

Deve-se trabalhar para que as iniquidades que colidem com a noção da saúde como direito de cidadania sejam rechaçadas e buscando-se, incessantemente, a melhoria da qualidade dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde. Investindo-se inclusive no aprimoramento dos gestores e profissionais atuantes no SUS, monitorando e avaliando permanentemente as ações desenvolvidas.

### **3.2 O Contexto da Inserção do Cirurgião-Dentista na Estratégia Saúde da Família**

Nas décadas de 1970 e 1980, o Estado brasileiro vivenciou amplo movimento de redemocratização, que contou com a adesão de categorias profissionais e grupos sociais que procuravam modificar a então condição sociopolítica e econômica do País. Eram necessárias transformações urgentes, inclusive no setor Saúde, capazes de solucionar os problemas apresentados pela população.

A Constituição Cidadã, como resultado do processo verificado à época, pela primeira vez, absorveu em sua letra, a questão da Saúde no país. Na Constituição Federal de 1988, a Saúde passou a ter capítulo específico e é dado um grande salto para tentar corrigir o tipo de modelo assistencial vigente no país, caracterizado pela prática hospital-dependente, pelo individualismo, pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e, acima de tudo, pela baixa resolubilidade, modelo esse gerador de insatisfação popular (OLIVEIRA; SALIBA, 2009).

Efetivamente, a instalação do Sistema Único de Saúde se iniciou na década de 1990, mais precisamente após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (LOAS), e de posteriores normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde, que previam a operacionalização do Sistema, ou seja, como este iria funcionar, baseado nos princípios constitucionais.

Em 1991, o Ministério da Saúde formulou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil, principalmente nas áreas mais carentes de atenção, como o Norte e o Nordeste. Antes disso, o Ceará foi a primeira Unidade Federativa brasileira a assimilar oficialmente como fundamental a atuação dos agentes comunitários, entre fins dos anos 1980 e primeira metade dos anos 1990. O êxito do PACS impulsionou a concepção do Programa Saúde da Família, cujas diretrizes foram delineadas no Ministério da Saúde no final de dezembro de 1993. O primeiro documento do Programa saiu em setembro de 1994, definindo que sua implantação deveria ocorrer, prioritariamente, nas áreas de risco (OLIVEIRA; SALIBA, 2009).

A equipe de Saúde da Família deve ser formada por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, incluindo, efetivamente, em 2001, cirurgiões-dentistas, auxiliares de consultórios dentários e técnicos de higiene dentária. O atendimento é prestado nas unidades básicas de Saúde e/ou domicílios. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento humanizado (BRASIL, 1998).

Em 1986, o Ministério da Saúde realizou um levantamento epidemiológico em Saúde Bucal, constatando que o Índice CPO-D (número de dentes cariados, perdidos ou obturados) em crianças de 12 anos, em média, de 6,67 (BRASIL, 1998).

Em 1996, outro levantamento realizado pelo Ministério mostrou que uma tendência de queda do número de dentes afetados pela doença cárie na mesma faixa etária, (BRASIL, 2007) apesar de ter sido utilizada metodologia diferente do levantamento anteriormente realizado.

Estima-se que tal índice foi assim reduzido em virtude da fluoretação da água de consumo público, da obrigatoriedade de inclusão de flúor em todos os cremes dentais comercializados do país e os diversos programas de prevenção, promoção e assistência em Saúde Bucal desenvolvidos por estados, Distrito Federal e municípios (BRASIL, 2002).

Em 1998, foi realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em convênio com o Ministério da Saúde, uma Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD). A Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio é um inquérito em Saúde importante para produzir informações que sensibilizem os gestores públicos responsáveis pela implementação das políticas públicas no que se refere aos principais problemas e iniquidades vividos pela população. A tradução de informações científicas sobre evidências para políticas e práticas que protejam os usuários é fundamental (MALTA *et al.*, 2009). Os resultados de tal estudo mostraram que aproximadamente 29,6 milhões de brasileiros jamais foram ao dentista.

Neste contexto, em função da necessidade de incrementar as ações de prevenção e garantir os investimentos na área curativa em procedimentos odontológicos, o Ministério da Saúde propôs como estratégia de reorganização da atenção básica à Saúde, a inclusão de equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família (BRASIL, 2002).

No ano 2000, o Ministério da Saúde iniciou o debate sobre a realização de um amplo projeto de levantamento epidemiológico que avaliasse os principais agravos em diferentes grupos etários e que incluísse tanto população urbana como rural. Este projeto, antes chamado de SB 2000, é hoje identificado como “SB Brasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira”.

Tinha como objetivo produzir informações sobre as condições de Saúde Bucal da população brasileira e subsidiar o planejamento/avaliação de ações nessa área nos diferentes níveis da gestão do Sistema Único de Saúde, por meio da coordenação de amplo esforço nacional para o estudo dessas condições e para criar e manter uma base de dados eletrônica relativa aos principais problemas nesse campo, articulando diferentes agências e unidades de saúde, contribuindo na

perspectiva da estruturação de um sistema nacional de vigilância epidemiológica em Saúde Bucal (BRASIL, 2004).

Durante o levantamento SB Brasil, o Governo do Ceará, intermediado pela sua Secretaria da Saúde, resolveu expandir o levantamento amostral realizado nos cinco municípios cearenses, visando a obter representatividade no âmbito estadual (CEARÁ, 2004b). A pesquisa contribuiu para o estabelecimento de políticas públicas voltadas à Saúde Bucal, beneficiando a população do Estado.

Segundo Frias e colaboradores, esses levantamentos forneceram a base de informações sobre a qual incursões analíticas procuram identificar fatores e condições associados aos principais agravos à Saúde Bucal (FRIAS; ANTUNES; NARVAI, 2004). Deve-se salientar o fato de que a Saúde Pública e a Epidemiologia têm importante papel nesse processo, desenvolvendo pesquisas e atentando para informações oriundas dos sistemas de vigilância.

No mesmo ano de 2000, mais precisamente em outubro, o Ministro de Estado da Saúde anunciou a inclusão dos cirurgiões-dentistas nas equipes de Saúde da Família, mas é importante salientar que, historicamente, o acúmulo de experiências e discussões sobre a inclusão da Saúde Bucal no PSF não ocorreu de forma linear e homogênea; muitas discussões sobre o referido tema sucederam.

Dois meses depois do anúncio sobre a inclusão, esse ato político foi revestido pela primeira definição operacional, a Portaria 1.444, de 28 de dezembro de 2000, com a qual o Ministério “estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à Saúde Bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família” (ZANETTI, 2001). Ante a necessidade de ampliar a Atenção à Saúde Bucal da população brasileira, o Ministério da Saúde, em 2000, decidiu pelo financiamento para a inserção das ações de Saúde Bucal, por meio da contratação do cirurgião-dentista, atendente de consultório dentário e técnico de higiene dentária nas equipes do Programa Saúde da Família (MATOS; TOMITA, 2004).

Apenas com a Portaria 267, de 06 de março de 2001, porém, publicada no Diário Oficial da União de 07 de março de 2001, Seção 1, Página 67, o Ministro de Estado da Saúde regulamentou a Portaria n.º 1.444/GM, de 28 de dezembro de 2000. (BRASIL, 2000, 2001).

### 3.3 As Equipes de Saúde Bucal

Durante muitos anos, a Atenção Odontológica no serviço público brasileiro caracterizou-se por prestar assistência a grupos populacionais restritos, como os escolares, mediante programas voltados para as doenças cárie e periodontal. O restante da população ficava excluído e dependente de serviços meramente curativos e mutiladores. Isso resultava numa baixa cobertura de atendimento, alvo de críticas por parte dos agentes envolvidos (OLIVEIRA; SALIBA, 2009).

Estabelecidos os recursos para inserção dos cirurgiões-dentistas para compor a Equipe de Saúde da Família, entendendo a Saúde Bucal como integrante da reformulação de práticas, centradas na família, a sua incorporação ao PSF é vista como possibilidade de romper com os modelos assistenciais em Saúde Bucal excludentes, baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo (SOUZA; RONCALLI, 2007).

No contexto de reformulação de práticas, são relevantes o planejamento e a programação das ações odontológicas, que devem partir das informações epidemiológicas e da definição de critérios de risco de adoecer. Estes instrumentos são importantes para as avaliações sobre o impacto das ações, o que, até alguns anos, era impraticável na maioria dos municípios (BRASIL, 2001).

A equipe de Saúde Bucal deve se aproximar das pessoas no seu contexto sociofamiliar o que reforça a contribuição para estreitar o vínculo com a comunidade e acessibilidade aos serviços.

Com a implantação das equipes, cada uma atendia, em média, 6.900 pessoas, considerando a proporção de uma equipe de Saúde Bucal para cada duas equipes de Saúde da Família em atuação no município. Os recursos eram transferidos mensalmente, de forma regular e automática, em parcelas mensais correspondentes a 1/12 (um doze avos) do incentivo anual do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos municipais de Saúde (BRASIL, 2001). É evidente, pela proposta da Estratégia Saúde da Família, que as ações de Saúde Bucal devam expressar os princípios e as diretrizes do SUS.

As equipes de Saúde Bucal têm como principais objetivos, além de melhorar as condições de Saúde Bucal da população brasileira por meio da

estratégia de organização da Atenção Básica preconizada pelo Programa Saúde da Família (BRASIL, 2001):

- assegurar o acesso progressivo de todas as famílias adscritas ao seu PSF às ações de promoção, prevenção e assistência em Saúde Bucal;
- capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de Saúde Bucal para o PSF, por intermédio da articulação entre as instituições de ensino superior e as de serviço do SUS; e
- avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de Saúde Bucal desenvolvidas, de acordo com os princípios do PSF, como o incentivo de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família.

Para a qualificação das equipes, ou seja, a capacitação para iniciar os trabalhos desta equipe, o valor do incentivo iria depender da modalidade da equipe implantada. São duas as modalidades de equipes de Saúde Bucal, que podem ser implantadas pelo município: modalidade I – um cirurgião-dentista e um auxiliar em saúde bucal. Modalidade II – um cirurgião-dentista, um auxiliar em saúde bucal e um técnico em saúde bucal.

Independentemente da modalidade da equipe de Saúde Bucal que iria ser implantada, era transferido um incentivo adicional, em parcela única, no valor de R\$ 5.000,00 (BRASIL, 2002). A adequação dos espaços que iriam ser utilizados para a prestação dos serviços odontológicos deveria considerar as instalações que já existiam, bem como as iniciativas locais de organização dos serviços, desde que satisfizessem os critérios de referência territorial e fossem de fácil acesso para a população.

O incentivo compunha a fração variável do Piso de Atenção Básica (PAB). Não havia nenhum documento específico para a confirmação do repasse do incentivo. Havia um incremento no valor do PAB municipal, no mês subsequente ao início da informação do cadastro profissional no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e do lançamento da produtividade destes profissionais no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) (BRASIL, 2001).

A implantação de equipes de Saúde Bucal no PSF é uma conquista recente, o que torna sua avaliação limitada. Por focar a família como seu principal eixo de trabalho, busca-se consolidar um novo modelo de atendimento em saúde bucal, rompendo com os modelos de saúde bucal vigentes, que ora se apresentavam como curativo-mutiladores, ora meramente de promoção de saúde da

população infantil escolar. Desta maneira, encontra-se diante da constituição de um novo paradigma para a prática pública da Saúde Bucal, caracterizado na consolidação dos princípios do SUS, que se efetivará por meio de uma prática de atenção em Saúde Bucal que realmente trabalhe com a equidade e a universalidade das ações básicas de Saúde Bucal; que concretize, por meio do exercício cotidiano do planejamento estratégico, a hierarquização e a descentralização; e que, na prática, promova e participe do controle social (BRASIL, 2002).

A atual Política Nacional de Saúde Bucal (2004) tem como um de seus pressupostos, do ponto de vista assistencial, a operacionalização da oferta de serviços na Atenção Básica por meio do PSF. Ainda com relação à assistência, a política incentiva o aumento da oferta de procedimentos nos níveis secundário e terciário da atenção com a implantação de centros de especialidades odontológicas, unidades de referência para as equipes de Saúde Bucal (SOUZA; RONCALLI, 2007).

### **3.4 Sistemas e Boletins de Informação em Saúde Bucal**

Sistema de Informação em Saúde é um conjunto de mecanismos de coleta, processamento e armazenamento de dados, visando à produção e à transmissão de informações. Estes sistemas têm papel fundamental na avaliação e monitoramento das equipes de Saúde e devem servir como ferramenta de intervenção nos planejamentos locais (BRASIL, 2006).

Assim, o Ministério da Saúde expõe a ideia de que a avaliação é essencial na Atenção Básica, sendo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) instrumentos de administração importantes para subsidiar as tomadas de decisões e a formação dos sujeitos envolvidos nos processos (ALMEIRA; FERREIRA, 2008).

Além dos sistemas de informação, de preenchimento obrigatório (SIA/SUS e SIAB), os municípios podem criar, conforme as suas necessidades, outras ferramentas que possibilitem uma avaliação mais detalhada das equipes de Saúde e que possibilitem a discussão dentro dos parâmetros preestabelecidos (BRASIL, 2006).

A constituição de uma política de informação e comunicação para a melhoria da saúde, além de produzir informações para os cidadãos, esferas da

gestão, prática profissional, geração de conhecimento e controle social, contribuirá na formulação, acompanhamento e avaliação da política de Saúde, nesta incluída a Saúde Bucal, ressaltando a necessidade de propagação através da imprensa e de outros meios de comunicação e para equipe interdisciplinar (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2005).

As informações em saúde são cada vez mais essenciais para o planejamento, programação, monitoramento e gestão das intervenções em saúde coletiva e individual, principalmente quando se considera o contexto de mudanças do padrão epidemiológico, ampliação do conceito saúde-doença, bem como a incorporação das atividades de promoção da saúde (MALTA *et al.*, 2009).

#### 3.4.1 Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS)

É um sistema utilizado em todos os níveis da gestão, constituindo-se em importante instrumento de informação sobre a rede de serviços e os procedimentos realizados pelas unidades de saúde. A produção deve ser lançada mensalmente. Todos os municípios, inseridos ou não na Estratégia Saúde da Família, devem alimentar este sistema com os procedimentos em Saúde Bucal no âmbito da Atenção Básica constantes da sua tabela de procedimentos (BRASIL, 2006).

##### 3.4.1.1 Mapa de Atendimento Diário

O mapa ou boletim de atendimento diário é um instrumento utilizado na prática cotidiana pelo cirurgião-dentista da Estratégia Saúde da Família. Devem ser marcados em campo próprio os procedimentos realizados no paciente com sua posterior assinatura ou de seu responsável. No final de cada mês, os dados são agrupados gerando o consolidado mensal.

É importante o cirurgião-dentista atentar para a transcrição das ações realizadas, para que não ocorram equívocos de informação.

Os principais códigos SIA/SUS de procedimentos referentes às equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica são: procedimentos coletivos, atividades educativas em grupo na unidade e na comunidade, consultas odontológicas e de urgência, aplicação de flúor, de cariostático e controle de placa, remoção de cálculo

supra e subgingival, ulotomia, ulectomia e frenectomia, escariação, restaurações de amálgama, resina e ionômero, exodontias de decíduos, permanentes e restos radiculares, tratamento de alveolites, hemorragias, drenagens e suturas.

#### 3.4.1.2 Boletim de Produção Ambulatorial (BPA)

O boletim de produção ambulatorial impresso é preenchido em duas vias - uma destinada ao órgão de processamento e a outra como arquivo da unidade básica. Devem ser preenchidos dados operacionais, serviços realizados e a formalização.

Devem ser informados os dados referentes à unidade de saúde, local, mês e ano, bem como a seqüência da folha. O código do procedimento deve ser informado, assim como a categoria profissional e a faixa etária dos pacientes e a quantidade relativa a cada procedimento realizado. Os códigos referentes a essas informações possuem tabela própria, exceto a quantidade de procedimentos realizados, devendo ser informado o valor numérico real em algarismos arábicos. O material deve ser datado, carimbado e assinado pelo responsável pela informação, assim como pelos gestores das instâncias municipal e estadual. O material impresso deve ser preenchido manualmente, utilizando-se caneta azul ou preta.

O BPA magnético (alternativa de informação do BPA) é preenchido pelo prestador e encaminhado à secretaria, acompanhado do “relatório de controle de remessa” produzido pelo subsistema do BPA magnético.

#### 3.4.2 Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)

É um Sistema de Informação da Estratégia Saúde da Família que permite o conhecimento da realidade da população acompanhada. No que se refere à Saúde Bucal, deve ser alimentado apenas pelas equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família.

Os profissionais de Saúde Bucal precisam atentar para o preenchimento diário correto dos procedimentos e atividades realizadas.

O SIAB é um Sistema de Informação da Estratégia Saúde da Família, no qual as equipes de Saúde Bucal inseridas registram os procedimentos coletivos, atividade educativa em grupo e visitas domiciliares. Ressalta-se que no SIAB não

são fornecidas informações detalhadas sobre as ações coletivas realizadas em Saúde Bucal, sendo registrado apenas o total de procedimentos coletivos na Estratégia. Ressalta-se a importância do acompanhamento constante do SIAB nas diferentes realidades, além da utilização de instrumentos epidemiológicos e estudos avaliativos no processo de trabalho no contexto da Saúde Pública. Em adição, as ações não devem se limitar à cárie dentária, sendo igualmente importante haver ampliação das atividades para os diferentes espaços sociais na comunidade, não se restringido ao ambiente da unidade de saúde (ALMEIDA; FERREIRA, 2008).

### **3.5 Indicadores da Atenção Básica**

A avaliação em Saúde tem como propósito fundamental dar suporte a todo o processo decisório no âmbito do Sistema de Saúde e, por isso, deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de práticas sanitárias na rotina de profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de Saúde da população.

Deve-se consolidar a avaliação como ferramenta da gestão nas três esferas de governo, onde os processos avaliativos devem ser incorporados às práticas dos serviços de Saúde e possam ter caráter subsidiário ao planejamento, potencializando a utilização de instrumentos da gestão, como o Pacto de Indicadores e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), bem como o Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), para tomada de decisões e formação dos sujeitos (BRASIL, 2006).

Os momentos de avaliação realizados pela equipe com suporte na realidade são essenciais para orientação dos processos de consolidação, implantação e reformulação das práticas.

#### **3.5.1 Os Indicadores de Saúde Bucal do Pacto da Atenção Básica**

Indicadores de Saúde foram definidos como medidas que refletem uma dimensão específica ou uma característica particular das condições de interesse (PEREIRA, 1995).

Sua utilidade há de residir na possibilidade de mensurar aspectos não sujeitos à observação direta. Complementando essa definição, os índices de saúde devem ser medidas de caráter multidimensional, que incorporam em apenas uma figura diferentes aspectos ou indicadores associados (VERMELHO; LEAL; KALE, 2002).

Os indicadores expressam, dentro dos limites da publicação e dos dados disponíveis, não apenas dimensões clássicas de estrutura, processo e resultado, mas também sua articulação com as questões sociais, econômicas e ambientais, buscando incorporar, ainda, como dimensões transversais, a desigualdade e as possibilidades abertas à participação social.

A Equipe de Saúde, junto com os conselhos locais, deve compreender estes indicadores e interpretá-los periodicamente, assim como os gestores locais e os três patamares de governo. Conforme a necessidade dos municípios, estes devem discutir e pactuar junto à população e aos profissionais de Saúde Bucal, outros indicadores com vistas à melhoria no desempenho dos serviços da atenção básica e situação de saúde desta população.

Portanto, resultados de ações e programas de saúde podem ser avaliados com relação às mudanças verificadas, tanto no estado de saúde das populações, como em termos de conhecimentos e comportamentos derivados das práticas desenvolvidas (PEREIRA *et al.*, 2009).

No tocante à Saúde Bucal, o Ministério da Saúde propõe indicadores que demonstram o “retrato” da execução das ações pelos profissionais das equipes de Saúde Bucal.

Os indicadores de Saúde Bucal preconizados pelo Ministério da Saúde pactuados no Estado do Ceará até o ano de 2005 eram interpretados na sequência delineada (BRASIL, 2005).

#### 3.5.1.1 Cobertura de primeira consulta odontológica

O paciente foi examinado para fins de diagnóstico e/ou plano de tratamento por ano. Deve ser garantido o seu retorno, não se tratando de realização de ações contingenciais, por conseguinte, não devem ser considerados primeira consulta os casos de urgência ou emergência. Indica tendências de perfil de atendimento; analisa acesso da população e integralidade do serviço. O cálculo é

realizado mediante o percentual entre o número de pessoas que iniciaram tratamento no local e o período referidos sobre a população total adscrita.

#### Cálculo

$$\frac{\text{Número de pessoas que iniciaram o tratamento odontológico em determinado local e período}}{\text{População de determinado local e período}} \times 100$$

#### 3.5.1.2 Razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de zero a quatorze anos

Este indicador reflete a relação entre procedimentos coletivos realizados e a população de zero a quatorze anos, priorizando-se, portanto, tal população, devendo ser dividido por faixas etárias. Compreende exame epidemiológico, educação em saúde, bochechos fluoretados e higiene bucal supervisionada. Deveriam ser realizados bochechos fluoretados semanalmente, higiene supervisionada e atividades educativas trimestralmente. Deve-se registrar a população coberta mensalmente, mesmo que as ações sejam trimestrais. O registro no sistema é mensal, devendo ser informado o número de indivíduos acompanhados e não a quantidade de procedimentos realizados na mesma pessoa. Permite análise da participação do grupo em ações preventivas em Saúde Bucal e avaliar a necessidade de ampliação destas.

#### Cálculo:

$$\frac{\text{Procedimentos coletivos realizados}}{\text{população de zero a quatorze anos de determinado local e período}}$$

#### 3.5.1.3 Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais

Este indicador permite analisar os modelos propostos em assistência odontológica individual. Apresenta a participação dos procedimentos mutiladores no total de procedimentos individuais conservadores realizados. Permite subsidiar o planejamento em Saúde Bucal, rechaçando práticas mutiladoras e estimulando a realização de procedimentos preventivo-curativos. São incluídas no cálculo desse indicador, como numerador, todas as exodontias de elementos permanentes

executadas. No denominador, encontram-se os procedimentos básicos realizados, inclusive as exodontias de restos radiculares, daí a importância da informação fornecida pelas equipes. A inclusão de restos radiculares como dentes permanentes acresce o denominador e, logicamente, o valor da equação. A razão pela qual os restos radiculares são incluídos no grupo de ações conservadoras está no fato de que a exodontia de raízes residuais consiste em benefício ao usuário, enquanto a exodontia de permanentes, passíveis de tratamento, constitui prática mutiladora.

#### Cálculo:

$$\frac{\text{Número total de exodontias de dentes permanentes realizadas em determinado local e período}}{\text{Total de ações básicas individuais realizadas em mesmo local e período}} \times 100$$

O ano de 2006, com o advento da Portaria número 95 do Ministério da Saúde, de fevereiro do referido ano, contou com uma significativa mudança na interpretação do indicador anterior relativo às ações de Saúde Bucal Coletivas. Pelo citado instrumento foi excluído da Tabela de Procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS o procedimento de código 03.011.0I-1- Procedimentos Coletivos (paciente/mês), sendo incluídos indicadores relativos às ações de escovação supervisionada, de bochecho fluoretado, de aplicação tópica de flúor-gel e exame bucal com finalidade epidemiológica. Os indicadores introduzidos eram representados por um só indicador até o ano de 2005. É importante salientar que esta Portaria deixa claro que se deve informar a quantidade de pessoas que realizam a ação e não a quantidade de vezes que uma mesma pessoa realiza a ação. Portanto, o indicador nunca deve ser maior do que a população total do local e a razão próxima ao algarismo 1 indica cobertura bastante significativa daquela população.

Tão importante quanto conhecer bem os indicadores de Saúde Bucal é utilizá-los de maneira útil para a tomada de decisões. Segundo Escrivão Júnior (2006, p. 878):

Experiências brasileiras têm mostrado a utilidade da construção de painéis para avaliar e monitorar a performance das ações desenvolvidas nos diferentes níveis de Atenção à Saúde, a partir dos Sistemas de Informações oficiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde e da análise dos processos de produção de serviços, como subsídio à gestão da política de saúde. Nessas experiências são selecionados, dentre as centenas de indicadores que são calculados para os diversos fins, os mais adequados para fornecer um quadro simples, porém sensível, para o acompanhamento da gestão do sistema de saúde em suas várias instâncias de organização.

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada no Estado do Ceará, constituindo-se de duas fases. A primeira correspondeu a uma análise documental, quando foram coletados e analisados dados disponibilizados pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará e pelo Ministério da Saúde, relativos à cobertura de Saúde da Família e Saúde Bucal e dos indicadores de Saúde Bucal no Estado do Ceará. A segunda foi constituída da aplicação de instrumento de avaliação aos cirurgiões-dentistas que atuavam na Estratégia Saúde da Família.

### 4.1 Fase 1

#### 4.1.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo documental, exploratório e descritivo, realizado através de dados secundários.

#### 4.1.2 Metodologia

Os relatórios oficiais relativos à cobertura em Saúde da Família e Saúde Bucal no Ceará nos anos de 2001 a 2007 foram acessados por intermédio do sítio eletrônico do Ministério da Saúde disponível na Internet. Informações adicionais foram obtidas dos relatórios da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, bem como informações sobre indicadores de Saúde Bucal do Pacto da Atenção Básica preconizados pelo Ministério da Saúde, no Estado do Ceará.

Os dados coletados foram dispostos em forma de tabelas, utilizando-se o Programa *Excel*, sendo consideradas relações estatisticamente significantes as análises diferenciais cujo valor de  $p$  era menor do que 0,05.

#### 4.1.3. Análise estatística

Foram feitas análises de correlação e de regressão das coberturas populacionais de equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal na série histórica proposta, assim como nos indicadores de Saúde Bucal da Atenção Básica.

Os dados foram processados no Programa *SPSS*.

#### 4.1.4. Aspectos éticos

Não há envolvimento de seres humanos nesta fase da pesquisa. Os dados coletados são de domínio público e estão disponíveis no sítio eletrônico do Ministério da Saúde e nos relatórios do Núcleo de Atenção à Saúde Bucal da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

Por tal motivo, não há menção a qualquer responsabilidade, por inexistente, em relação à ética da pessoa nesta parte da pesquisa, porquanto não se trata de investigação *in anima nobili* no segmento de que se cuida.

## 4.2 Fase 2

### 4.2.1 Tipo de estudo

Este é um estudo descritivo, exploratório e transversal onde foi aplicado um instrumento de avaliação aos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família no Estado do Ceará, conforme descrito posteriormente.

A pesquisa exploratória, segundo Gil (1991), proporciona maior familiaridade com um problema com vistas a torná-lo mais explícito. É transversal por ser aplicado o instrumento de avaliação apenas uma vez.

#### 4.2.2 Validação do instrumento

O instrumento aplicado aos cirurgiões-dentistas foi previamente validado. Participaram da validação três professoras da área de Saúde Bucal Coletiva que ofereceram sugestões à formatação do questionário.

Foi entregue às mencionadas docentes um formulário para análise, a fim de se verificar se havia adequação entre as questões formuladas e os objetivos referentes a cada uma delas, além da clareza na elaboração desses mesmos quesitos. As linhas com CONCORDO e DISCORDO, abaixo da pergunta proposta, deveriam ser assinaladas com (X) se houvesse ou não coerência entre perguntas, opções de resposta e objetivos. No caso da questão haver suscitado dúvida, as professoras assinalavam a linha DISCORDO, descrevendo, se possível, as dúvidas que o item produziu no espaço destinado às observações e sugerindo modificações.

#### 4.2.3 Estudo piloto

Ainda na fase de validação do instrumento, previamente à coleta, foi executado um estudo piloto, no qual se verificou se o instrumento de avaliação ou a metodologia eram adequados. Foram introduzidas algumas alterações na formulação dos quesitos, objetivando dirimir possíveis dúvidas de interpretação das questões.

Para a realização do estudo piloto, o questionário proposto foi aplicado a quinze cirurgiões - dentistas da 1ª. Célula Regional de Saúde (CRES) do Estado do Ceará inseridos nos critérios de inclusão do ensaio, embora não tenham participado da amostra.

#### 4.2.4 Amostra do estudo

A delimitação da amostra foi realizada levando-se em consideração o fato de que no Ceará existem 184 municípios adscritos a 21 microrregionais de Saúde e um total de 1.215 Equipes de Saúde Bucal implantadas até o ano de 2007 (BRASIL, 2008). A 22ª. CRES, criada em 2005, ainda é técnica e administrativamente subordinada à CRES de Fortaleza, portanto, não foi considerada, para efeitos de cálculos amostrais, a existência da mesma. As microrregiões de Saúde são espaços

territoriais compostos por um conjunto de municípios com forte sentimento de integração e interdependência, com vontade política para pactuar na busca de soluções para problemas comuns, na área da saúde (CEARÁ, 2007).

#### 4.2.5 Cálculo da amostra

Para o cálculo da amostra dos cirurgiões-dentistas participantes, utilizou-se a fórmula (GIL, 1999) indicada para populações finitas. Fixou-se em 50% a porcentagem de entendimento razoável dos profissionais sobre os indicadores, erro amostral absoluto de 6,8% e um nível de significância de 5%.

Nos anos de 2001 a 2007, para a população de 1.215 cirurgiões-dentistas atuantes no Estado do Ceará, temos:

$$n = \frac{z_{5\%}^2 \times P \times Q \times N}{e^2 (N-1) + z_{5\%}^2 \times P \times Q}$$

onde:  $n$  = tamanho da amostra

$z$  = nível de confiança escolhido, expresso e número de desvios padrão (adotado confiança de 95% ou dois desvios- padrão);

$P$  = é a estimativa percentual prévia com a qual o fenômeno se verifica;

$Q$  = porcentagem complementar ;

$N$  = tamanho da população; e

$e$  = erro amostral relativo permitido

Dessa forma, a amostra foi composta de 175 cirurgiões-dentistas.

Estratificou-se a amostra das células regionais de Saúde, segundo verificado na tabela 1, onde se calculou a quantidade de cirurgiões-dentistas e municípios da CRES que participariam da amostra e em seguida procedeu-se ao sorteio dos sujeitos.

A tabela 1 representa a estratificação da amostra dos cirurgiões- dentistas por CRES e a quantidade de questionários dos participantes que foram respondidos, estando todos dentro dos critérios de inclusão.

Em algumas CRES, verificou-se que há uma quantidade de participantes superior à planejada na amostra, sendo justificada pelo interesse de alguns municípios participaram da pesquisa com maior número de representantes.

Houve perda da amostra em torno de 10%, estando esta perda prevista no cálculo inicial. A amostra calculada inicialmente era composta de 175 cirurgiões – dentistas, enquanto participaram dentro dos critérios de inclusão, 159 destes. Não houve comprometimento da representatividade da população.

Tabela 1 - Amostra estratificada dos cirurgiões-dentistas participantes da pesquisa

<b>CRES</b>	<b>Total de municípios</b>	<b>Equipes de Saúde Bucal</b>	<b>Cirurgiões-dentistas amostrais</b>	<b>Cirurgiões-dentistas participantes</b>
1 <sup>a</sup> .	10	268	39	<b>39</b>
2 <sup>a</sup> .	10	91	13	<b>SEM AMOSTRA</b>
3 <sup>a</sup> .	8	81	12	<b>6</b>
4 <sup>a</sup> .	8	40	6	<b>2</b>
5 <sup>a</sup> .	6	29	4	<b>13</b>
6 <sup>a</sup> .	7	32	5	<b>SEM AMOSTRA</b>
7 <sup>a</sup> .	5	29	4	<b>5</b>
8 <sup>a</sup> .	9	47	7	<b>6</b>
9 <sup>a</sup> .	6	22	3	<b>3</b>
10 <sup>a</sup> .	11	46	7	<b>4</b>
11 <sup>a</sup> .	24	99	14	<b>15</b>
12 <sup>a</sup> .	7	34	5	<b>5</b>
13 <sup>a</sup> .	8	41	6	<b>18</b>
14 <sup>a</sup> .	4	21	3	<b>4</b>
15 <sup>a</sup> .	11	47	7	<b>SEM AMOSTRA</b>
16 <sup>a</sup> .	5	17	2	<b>4</b>
17 <sup>a</sup> .	7	30	4	<b>3</b>
18 <sup>a</sup> .	10	61	9	<b>14</b>
19 <sup>a</sup> .	9	49	7	<b>6</b>
20 <sup>a</sup> .	13	60	9	<b>11</b>
21 <sup>a</sup> .	6	71	9	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>184</b>	<b>1.215</b>	<b>175</b>	<b>159</b>

Fonte: CEARÁ, 2008/Dados da pesquisa, 2009.

A tabela 2 representa a estratificação por CRES dos municípios da amostra e a participação dos mesmos quanto à resposta dos cirurgiões-dentistas.

Para o cálculo do tamanho da amostra fixou-se P em 20%, o nível de significância de 5% ( $\alpha = 0,05$ ) e um erro amostral absoluto de 9%. Esses valores

aplicados na fórmula abaixo, indicada para populações finitas ( $N = 184$ ), proporcionaram uma amostra de tamanho “n” igual 50 municípios.

$$n = \frac{z_{5\%}^2 \times P \times Q \times N}{e^2 (N-1) + z_{5\%}^2 \times P \times Q}$$

Participaram da pesquisa 32 municípios, distribuídos em 18 CRES. A perda verificada estava prevista no cálculo inicial, não comprometendo, contudo, a representatividade da população.

Tabela 2 - Amostra estratificada dos municípios participantes da pesquisa

<b>CRES</b>	<b>Total de municípios</b>	<b>Municípios amostrais</b>	<b>Municípios participantes</b>
1 <sup>a</sup> .	10	3	<b>3</b>
2 <sup>a</sup> .	10	2	SEM REPRESENTAÇÃO
3 <sup>a</sup> .	8	2	<b>2</b>
4 <sup>a</sup> .	8	2	<b>1</b>
5 <sup>a</sup> .	6	2	<b>2</b>
6 <sup>a</sup> .	7	2	SEM REPRESENTAÇÃO
7 <sup>a</sup> .	5	1	<b>1</b>
8 <sup>a</sup> .	9	2	<b>1</b>
9 <sup>a</sup> .	6	2	<b>1</b>
10 <sup>a</sup> .	11	3	<b>3</b>
11 <sup>a</sup> .	24	8	<b>4</b>
12 <sup>a</sup> .	7	2	<b>1</b>
13 <sup>a</sup> .	8	2	<b>4</b>
14 <sup>a</sup> .	4	1	<b>1</b>
15 <sup>a</sup> .	11	3	SEM REPRESENTAÇÃO
16 <sup>a</sup> .	5	1	<b>1</b>
17 <sup>a</sup> .	7	2	<b>1</b>
18 <sup>a</sup> .	10	2	<b>3</b>
19 <sup>a</sup> .	9	2	<b>1</b>
20 <sup>a</sup> .	13	4	<b>1</b>
21 <sup>a</sup> .	6	2	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>184</b>	<b>50</b>	<b>32</b>

Fonte: CEARÁ, 2008/ Dados da pesquisa 2009.

#### 4.2.6 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo cirurgiões-dentistas que atuaram diretamente na execução de atividades relativas à Estratégia Saúde da Família no período de 2001 a 2007.

Foram excluídos do estudo cirurgiões-dentistas que ocupavam o cargo de secretário da Saúde ou gestor da Administração em Saúde Bucal, como coordenadores e/ou supervisores; bem como atuantes há menos de seis meses na Estratégia Saúde da Família, à data do recebimento do questionário e cirurgiões-dentistas que se recusaram a participar da pesquisa, evidentemente.

#### 4.2.7 Metodologia

Foi aplicado um questionário estruturado (APÊNDICE B), aos cirurgiões-dentistas das equipes de Saúde Bucal, onde foram inquiridos sobre o entendimento dos objetivos dos indicadores de Saúde Bucal pactuados no Estado do Ceará e a maneira como informavam os procedimentos de Saúde Bucal nos mapas de informação da ambulatorial da Atenção Básica (Mapa de Atendimento Diário e Boletim de Produção Ambulatorial) (ANEXOS B e C).

A pesquisa foi realizada em parceria com o Núcleo de Atenção à Saúde Bucal da Secretaria da Saúde do Estado, o qual disponibilizou dados de Saúde Bucal referentes à série histórica estudada, assim como facilitou o contato com os cirurgiões-dentistas dos municípios, através de telefone, fac-símile e correio eletrônico.

Inicialmente, para aplicação do questionário, foram consultados os nomes dos cirurgiões-dentistas pertencentes às equipes de Saúde Bucal dos municípios cearenses, por sítio eletrônico, por intermédio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo produzida listagem daqueles que atuavam nos municípios pertencentes à CRES.

Com base no cálculo amostral dos municípios por CRES, realizou-se sorteio dos municípios participantes. Foram separados em recipientes, por CRES os municípios que constituíam as Células Regionais de Saúde, totalizando 21 receptáculos. Cada um continha o nome dos municípios que compunham a CRES em pequenas fichas. O sorteio ocorreu retirando-se as fichas com nome de cada

município dos recipientes, até contemplar o número de municípios previstos no cálculo da estratificação por CRES.

Em seguida, foram sorteados os cirurgiões-dentistas. Para isto, foram separados os nomes dos profissionais dos municípios participantes, por CRES, e sorteados até contemplarem a amostra estratificada.

O conteúdo relativo a cada município, com os nomes dos cirurgiões-dentistas sorteados, material do participante da pesquisa, esclarecimentos aos gestores e envelope de retorno (pré-selado e endereçado à pesquisadora), foram enviados às Secretarias Municipais de Saúde, pelos Correios.

Cada município sorteado foi contactado através do telefone da Secretaria Municipal de Saúde, além do correio eletrônico e telefones pessoais de coordenadores de Saúde Bucal.

Cada participante recebeu:

1 cópia dos critérios de inclusão e exclusão dos cirurgiões-dentistas referentes ao estudo;

2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; e

3 Instrumento de Avaliação (Questionário).

Solicitou-se que o material retornasse à pesquisadora no prazo máximo de 15 dias. Na impossibilidade de o cirurgião-dentista sorteado responder o questionário, os gestores foram orientados a substituí-lo por outro que estivesse sob os critérios de inclusão. Caso o município não se interessasse ou mostrasse dificuldades em participar da pesquisa, seria substituído por outro pertencente àquela CRES, que tivesse quantidade de equipes de Saúde Bucal semelhantes ao município da perda.

#### 4.2.8 Análise estatística

Os dados foram organizados em tabelas e gráficos. Foi realizada análise estatística descritiva dos mesmos por meio de freqüências absolutas e relativas, além das medidas estatísticas: média e desvio padrão. As variáveis relacionadas ao conhecimento dos cirurgiões - dentistas acerca dos indicadores de Saúde Bucal do Pacto da Atenção Básica foram relacionadas às variáveis independentes: sexo, idade, tempo de trabalho e capacitação na Estratégia Saúde da Família, por meio do teste  $\chi^2$  (qui-quadrado) e de razão de máxima verossimilhança.

Foram consideradas estatisticamente significantes as análises inferenciais cujo valor de  $p$  fosse menor que 0,05. Os dados foram processados no Programa SPSS.

#### 4.2.9 Aspectos éticos

O Projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, Registro 268/07, Ofício 1147/07, estando dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, segundo a Resolução nº. 196/96, do Ministério da Saúde (ANEXO A). Os cirurgiões-dentistas que concordaram em participar da investigação, após tomarem conhecimento desta, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Fase 1: Análise Documental

Os dados relativos ao percentual de cobertura populacional das equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Estado do Ceará, referentes à série histórica de 2001 a 2007, podem ser visualizados na tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição percentual da cobertura populacional ESF/ESB. Ceará 2001 – 2007.

Ano	% Cobertura Ceará	
	Saúde da Família	Saúde Bucal
<b>2001</b>	49,68	17,57
<b>2002</b>	54,65	36,88
<b>2003</b>	55,23	45,9
<b>2004</b>	51,56	48,95
<b>2005</b>	56,22	61,12
<b>2006</b>	62,88	77,89
<b>2007</b>	64,82	77,55
<i>r</i>	0,87	0,97
<i>b</i>	2,46	9,8
<i>p</i>	0,011	0,001

Legenda:

*r*: Coeficiente de correlação.

*b*: Coeficiente de regressão linear.

*p*: Coeficiente de significância.

Fonte: BRASIL, 2008/Dados da pesquisa, 2009.

Os dados do estudo evidenciaram que, na série histórica estudada, houve crescimento percentual estatisticamente significativo para a cobertura das equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Estado do Ceará, uma vez que, em ambos os casos, os valores de *p* foram menores que 0,05.

O crescimento médio da cobertura populacional das equipes de Saúde da Família se deu em uma ordem de 2,46% ao ano, enquanto o crescimento percentual de cobertura populacional das equipes de Saúde Bucal obteve aumento anual médio de 9,8%, representados pelos respectivos valores do coeficiente de regressão linear.

Essa superioridade do crescimento percentual da cobertura populacional por equipes de Saúde Bucal comparada à cobertura de equipes de Saúde da Família, teve, possivelmente, como principal fator responsável, a ínfima cobertura de ações de Saúde Bucal verificada no ano de 2001, ano da implantação efetiva das equipes de Saúde Bucal.

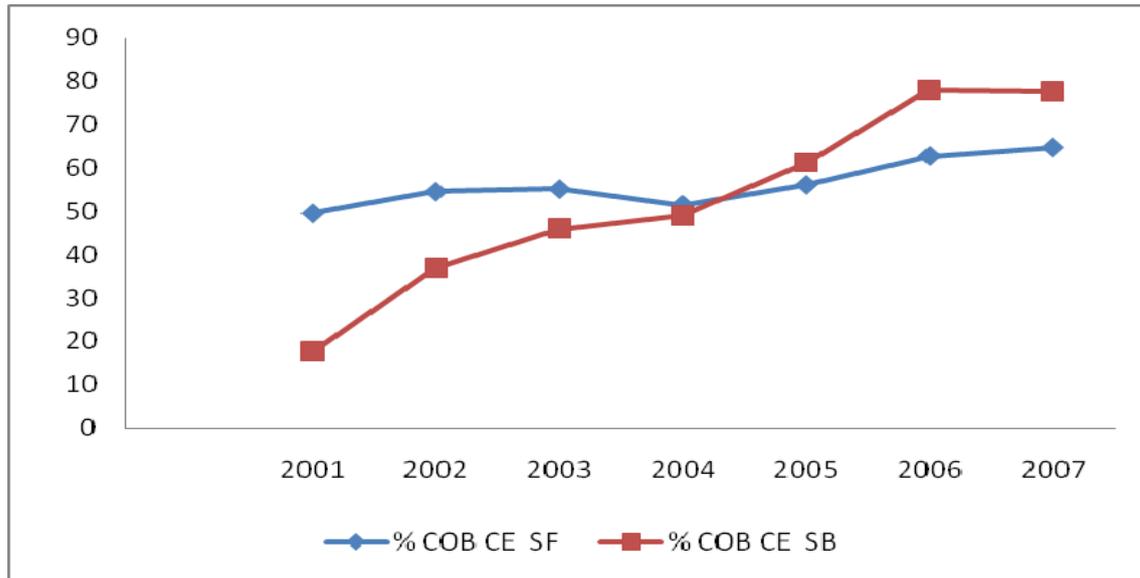
Os dados sugerem que o aumento vertiginoso da cobertura populacional pelas equipes de Saúde Bucal, no Estado do Ceará, estaria também relacionado ao empenho dos gestores das três esferas de governo na implementação e consolidação da Política Nacional de Saúde Bucal, objetivando a melhoria da condição bucal da população. Há evidente esforço de garantir a efetividade da Estratégia Saúde da Família, que constitui o primeiro contato do indivíduo com as ações de Saúde. A Atenção Básica de qualidade enseja menores custos financeiros e sociais ao País, além de proporcionar satisfação ao usuário dos serviços.

Segundo Pereira (2009), desde que foi estabelecido o incentivo para a implantação das equipes de Saúde Bucal no PSF, houve um crescimento exponencial do número de equipes em todo o Brasil. Os achados do estudo confirmam esta tendência também para o Estado do Ceará.

O valor de  $r$ , que representa o *coeficiente de correlação*, indica a força de correlação entre suas variáveis métricas. Este valor próximo ao algarismo 1 indica perfeita relação positiva, o que ocorre em ambos os casos citados na tabela 3.

Conforme Narvai (2006), a instalação do SUS, uma paciente tessitura social que envolve milhares de órgãos, instituições, entidades do movimento sindical, movimentos de defesa de pacientes, entre outros, possibilita superar o quadro de fragmentação e centralização das ações de Saúde Pública que predominou no País no século passado.

O gráfico 1 ilustra os dados da tabela 3:



Legenda:

% COB CE SF: Percentual de cobertura populacional no Estado do Ceará por equipes de Saúde da Família.

% COB CE SB: Percentual de cobertura populacional no Estado do Ceará por equipes de Saúde Bucal.

Gráfico 1 – Distribuição percentual da cobertura populacional ESF/ESB. Ceará 2001 – 2007.

Fonte: BRASIL, 2008/Dados da pesquisa, 2009.

Na tabela 4, estão dispostos os três indicadores de Saúde Bucal do Pacto da Atenção Básica preconizados pelo Ministério da Saúde no Estado do Ceará: cobertura de primeira consulta odontológica; razão entre procedimentos coletivos e a população de zero a quatorze anos e a proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais, relativos à série história estudada.

Tabela 4 – Resultados dos indicadores SB. Ceará 2001 – 2007.

Ano	Indicadores		
	COB 1a. CONS (%)	PROCED COLET (RAZÃO)	EXO/BÁS (%)
2001	11,6	0,16	14,47
2002	13,15	0,26	13,11
2003	13,93	0,2	13,53
2004	11,7	0,19	13,85
2005	10,7	0,16	10,2
2006	10,64	-	7,33
2007	11,16	-	-
<i>r</i>	0,591	0,27	0,854
<i>b</i>	-0,342	-0,007	-1,26
<i>p</i>	0,162	0,660	0,03

Legenda:

COB 1 a. CONS: Cobertura de primeira consulta odontológica.

PROCED COLET: Razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população de zero a quatorze anos.

EXO/BÁS: Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais.

*r*: Coeficiente de correlação.

*b*: Coeficiente de regressão linear.

*p*: Coeficiente de significância.

Fonte: CEARÁ, 2008b/Dados da pesquisa, 2009

### 5.1.1 Cobertura de primeira consulta odontológica

A cobertura de primeira consulta odontológica é o indicador que verifica o acesso do usuário às ações e serviços de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. Constituiu o tema principal discutido na 3ª. Conferência Nacional de Saúde Bucal em 2004.

Acesso é definido como a capacidade das pessoas obterem os serviços necessários (FERNANDES; PERES, 2005).

O aumento do percentual de cobertura populacional por equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, constatado neste estudo, enseja a

perspectiva de que os usuários tenham o acesso aos serviços de Saúde Bucal facilitado.

Este ensaio verificou, no entanto, discreto acréscimo no indicador da cobertura de primeira consulta odontológica entre os anos de 2001 e 2003. Após esse ano, o indicador apresentou decréscimo e permaneceu estável até o ano de 2007, não tendo acompanhado o crescimento percentual da cobertura populacional em equipes de Saúde Bucal.

O percentual da cobertura de primeira consulta odontológica, verificado no ano de 2007 (11,16%), com cobertura populacional em torno de 77%, praticamente, não foi alterado em relação àquele informado em 2001 (11,6%), quando a cobertura populacional das equipes de Saúde Bucal era de apenas 17,57% da população do Estado. O indicador de acesso, apesar do incremento das equipes de Saúde Bucal ter crescido em torno de 9,8% ao ano, permanece praticamente inalterado.

Em termos estatísticos, pode-se verificar que a média anual no decorrer da série histórica decaiu (valor de  $b$  em torno de 0,34), embora esse decréscimo não tenha sido estatisticamente significativo ( $p = 0,162$ ), representando, desta forma, uma flagrante estagnação, que pode ter ocorrido em função da demanda reprimida, à margem do atendimento odontológico, prejudicando a implantação e execução das ações baseadas no atendimento programático, ou ainda, devido às falhas no registro das informações sobre as ações executadas.

#### 5.1.2 Razão entre procedimentos coletivos e a população de zero a quatorze anos

Este indicador considerava um conjunto de ações coletivas (escovação supervisionada, palestras educativas, exame para fins epidemiológicos e bochecho fluoretado por pessoa) realizadas com o usuário pertencente à população cadastrada, adscrita e de responsabilidade de uma equipe de Saúde Bucal.

A razão mais próxima do algarismo 1 indicava maior cobertura populacional das atividades propostas.

Verifica-se que, no período entre 2001 a 2005, a razão oscilou de 0,16 a 0,26 em 2002, retornando a 0,16 em 2005.

O indicador de razão entre procedimentos coletivos e a população de zero a quatorze anos, semelhante ao ocorrido com o indicador de primeira consulta

odontológica, também evidenciou estagnação, representada pelo valor do coeficiente  $b$ .

Os valores de  $r = 0,27$ ,  $b = - 0,007$  e  $p = 0,660$ , para o indicador referente aos procedimentos coletivos, indicam que não houve uma tendência, nem de crescimento, nem de decréscimo.

Com o decorrer da série histórica, apesar do acréscimo verificado na cobertura populacional por equipes de Saúde Bucal ( $b = 9,8$ ), não ocorreu incremento nesse indicador, conforme observado na tabela 4.

Em 2006, através da Portaria 95 GM/MS de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006, p. 37), do Ministério da Saúde, esse indicador foi excluído e, em substituição, o indicador relativo à ação coletiva de escovação dental supervisionada passou a ser utilizado. Considera o indicador, a partir de então, como um percentual e não mais como razão. Desse modo, o indicador referente aos procedimentos coletivos, desde o ano de 2006, não pode ser comparado com os anos anteriores.

As hipóteses relativas à estagnação deste indicador entre os anos de 2001 e 2005 estão embasadas na possibilidade da manutenção da prática técnica pelos cirurgiões-dentistas, que priorizam ainda a prática tradicional, centrada na doença, em detrimento de ações de prevenção e promoção de saúde. O entendimento equivocado dos cirurgiões-dentistas quanto à proposição do Ministério da Saúde para o elenco de procedimentos coletivos (escovação supervisionada, bochecho fluoretado, educação em saúde e exame para fins epidemiológicos) e, ainda, erros no registro dos dados que alimentam os sistemas de informação, também são hipóteses que justificam.

Neste contexto, é relevante que os profissionais do PSF compreendam que a prática odontológica, assim como as demais relativas à Saúde, deve considerar o que está proposto na Constituição Federal Brasileira, em seu artigo 196:

**Art. 196** - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à **redução do risco de doença** e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua **promoção**, proteção e recuperação." (BRASIL, 1988, grifo do autor).

Os profissionais atuantes nas equipes de Saúde Bucal devem estar cientes de que suas práticas não podem estar voltadas a ações circunstanciais, fragmentadas e pouco resolutivas.

### 5.1.3 Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais

Este indicador demonstra o percentual de exodontias dos elementos permanentes passíveis de recuperação em relação aos procedimentos básicos totais individuais realizados pela equipe de Saúde Bucal. Tem como objeto de estudo o monitoramento da prática mutiladora *versus* conservadora realizada pelos cirurgiões-dentistas.

Sua tendência é de decréscimo à medida que as ações de caráter conservador e de Promoção de Saúde são ampliadas.

Para o cálculo, devem ser consideradas as informações relativas aos elementos dentários permanentes extraídos que eram passíveis de recuperação, ainda que mediante procedimentos especializados e o total de procedimentos conservadores individuais realizados.

Verifica-se que, entre anos de 2001 a 2004, esse indicador apresentou discreto decréscimo, migrando de 14,47 % a 13,11%.

Nos anos de 2005 e 2006 houve decréscimo considerável, o indicador passa de aproximadamente 13% para 10% e de 10% para 7,33%, respectivamente,

Em 2007, o Ceará deixou de utilizar tal indicador como parâmetro para direcionamento de suas ações.

Dos três indicadores deste ensaio, aquele relativo à *proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais* foi o único que apresentou mudanças significativas na série histórica estudada.

O valor de  $r = 0,854$  indica correlação positiva entre os dados, enquanto o valor de  $b$  demonstra decréscimo anual em torno de 1,26%. O valor de  $p < 0,05$  mostra a relevância estatística desse decréscimo ( $p = 0,03$ ). Porém, o decréscimo do indicador relativo às ações mutiladoras não acompanhou o aumento de cobertura populacional por equipes de Saúde Bucal verificado, em torno de 9,8% anualmente.

É possível que a demanda reprimida tenha prejudicado a execução de procedimentos conservadores, uma vez que a população, devido à falta de acesso a

ações especializadas de Saúde Bucal, fica impossibilitada de manter alguns elementos na cavidade bucal.

Em acréscimo, por uma questão eminentemente cultural das mais diversas ordens, o usuário opta pela exodontia de elementos passíveis de recuperação, como medida para solucionar o problema de maneira mais breve.

Por outro lado, a hipótese relativa a esse decréscimo pode estar fundamentada na melhor organização dos serviços de Saúde Bucal, tanto no plano de Atenção Primária como Secundária, proporcionando ao usuário do SUS integralidade de atenção com a efetivação das práticas direcionadas na Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente.

É interessante perceber que o advento da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas através da Política Nacional de Saúde Bucal no ano de 2004, teve conseqüências positivas no indicador de exodontias no Estado do Ceará. Conforme verificado na tabela 4, o indicador tem seu primeiro decréscimo significativo, passando de 13,85% em 2004 para 10,2% no ano de 2005.

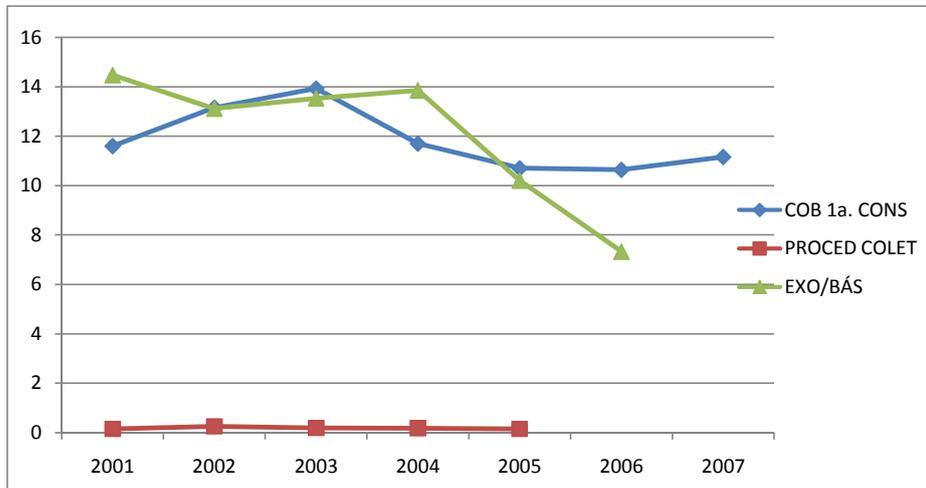
Por fim, como hipótese do decréscimo do indicador não ter se apresentado de forma mais marcante, pode estar em entendimento e registros das ações de forma divergente das orientações fornecidas pelo Ministério da Saúde, não demonstrando assim, um impacto mais significativo decorrente da implantação de um contingente expressivo de profissionais de Saúde Bucal atuantes no Estado.

É de fundamental importância estimular os profissionais e os usuários do SUS a manter o decréscimo de ações mutiladoras, ensejando práticas preventivas e de baixo impacto aos elementos dentários.

A inserção das equipes de Saúde Bucal no PSF tinha como objetivo principal melhorar os indicadores de Saúde Bucal, à época, marcados por uma prática odontológica excludente, pouco resolutiva e mutiladora.

O que se pode verificar em muitos Estados brasileiros é definido pelas palavras de Pereira, Pereira & Assis (2003, p.609), que fazem as seguintes considerações: "O setor de Odontologia continua exercendo uma atividade curativa, baseada no modelo de atenção à Saúde Bucal tradicional / mutilador, e com poucos avanços na prevenção à Saúde Bucal. Portanto, refletindo ainda o modelo flexneriano, permanece como uma prática individual, curativa, tecnicista e autônoma".

O gráfico 2 ilustra as considerações relativas à série histórica estudada sobre os indicadores de Saúde Bucal do Pacto da Atenção Básica no Estado do Ceará:



Legenda:

COB 1 a. CONS: Cobertura de primeira consulta odontológica.

PROCED COLET: Razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população de zero a quatorze anos.

EXO/BÁS: Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais.

Gráfico 2 – Resultados dos indicadores SB. Ceará 2001 – 2007.

Fonte: CEARÁ, 2008/ Dados da pesquisa, 2009.

Para que a Política de Saúde seja implantada adequadamente em função das necessidades apresentadas pela população, é relevante o monitoramento das ações por meio de indicadores de Saúde Bucal evidentes e precisos, corroborando as considerações de Lucchese (2003, p. 447).

A valorização da Epidemiologia é imprescindível à compreensão dos determinantes de riscos que condicionam o processo saúde doença, assim como a valorização da experiência cotidiana da população, gestores, usuários e dos profissionais do sistema de saúde, na identificação e qualificação permanente dos problemas.

Indicadores que ensejam dúvidas de compreensão, não são amplamente discutidos pelos profissionais e que não apresentam a realidade de trabalho destes podem direcionar as ações de saúde equivocadamente.

## 5.2 Fase 2: Questionário Aplicado aos Cirurgiões-Dentistas da Estratégia Saúde da Família do Estado do Ceará

O instrumento de avaliação (questionário) desta fase do trabalho foi enviado a 50 municípios do Estado do Ceará, contando com a participação efetiva de 159 cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família. Houve perda de amostra em torno de 10%, sem comprometimento da representatividade da amostra.

Os cirurgiões - dentistas participantes da pesquisa estavam lotados em 32 municípios do Estado, atuavam na Estratégia há, pelo menos, seis meses, não foram gestores no período de 2001 a 2007 e consentiram sua participação na pesquisa.

A amostra estratificada contemplou as 21 CRES do Estado, participando 18 CRES, efetivamente.

Os resultados dos instrumentos de avaliação demonstraram que 62,3% (99) da amostra eram de cirurgiões-dentistas do sexo feminino, verificando-se uma tendência de profissionais deste sexo nas equipes de Saúde Bucal. O Estado do Ceará está em conformidade com estudos recentes de Alves *et al.* (2009), que constatou em Montes Claros, no Estado de Minas Gerais, que o comportamento da força de trabalho das mulheres na Odontologia cresce em intensidade e constância.

Dos inquiridos, 51,6% tinham idade de 23 a 30 anos (82 CD) ao tempo da pesquisa – que aconteceu entre outubro de 2008 e março de 2009 – portanto, trata-se de uma população de cirurgiões-dentistas jovens, em concordância com os achados das pesquisas de Alves *et al.* (2009).

O tempo de trabalho de 39,6% (CD = 63) estava entre três e seis anos, com média aritmética de 4,4 anos, ou seja, um percentual significativo de profissionais que já atuavam na Estratégia Saúde da Família, supondo-se que estavam familiarizados com a execução do trabalho da Equipe de Saúde Bucal, inclusive com o preenchimento de formulários relativos às ações realizadas.

Dos participantes, 101 (63,5 %) relataram já haver realizado curso de capacitação na Estratégia Saúde da Família.

É de fundamental importância o envolvimento do profissional responsável na execução das ações propostas, principalmente no PSF, que tem como finalidade modificar o quadro preocupante da Saúde Bucal da população brasileira e reorganizar a prática assistencial, voltando-se para o indivíduo e sua comunidade.

Portanto, esclarecimentos sobre o seu papel na consolidação do SUS são vitais para modificar o excludente quadro odontológico do país, repleto de iniquidades.

Assim, a educação permanente desses profissionais, mediante a realização de cursos, oficinas, debates, dentre outros recursos, é imprescindível dentro da proposta da Estratégia Saúde da Família. Atingir a totalidade de profissionais capacitados dentro da mesma é, sem dúvida, um desafio para os gestores da saúde, principalmente porque os cursos de graduação, apesar da proximidade que se alcançou nos últimos anos com o SUS, não contempla muitos aspectos peculiares da Saúde Bucal Coletiva.

Quando questionados sobre quais os indicadores principais de Saúde Bucal no Estado do Ceará conheciam, 48% dos dentistas responderam pelo menos alguma palavra que identificou os três indicadores do Pacto da Atenção Básica, mas nenhum foi capaz de reduzir a escrito o nome oficial de pelos menos um deles. Este resultado propõe que não há familiaridade com os indicadores de Saúde Bucal utilizados para monitoramento das ações destes profissionais.

Foram respondidos como indicadores principais de Saúde Bucal preconizados pelo Ministério da Saúde, em 12 instrumentos de avaliação, os índices CPOD, ceo-d, índices periodontais, dentre outros. Esses índices são recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para medir e comparar a experiência de cárie dentária e doença periodontal em populações, portanto, não se tratam de indicadores principais de Saúde Bucal do Ministério da Saúde. Observou-se neste trabalho, que existe uma dúvida consistente sobre a questão que versa sobre indicadores de Saúde Bucal.

Em um percentual de 63,5%, os cirurgiões-dentistas (101) tiveram acesso a manuais ou documentação oficial orientando sobre os indicadores preconizados pelo Ministério da Saúde, resultado semelhante aos que já realizaram curso de capacitação. Esses dados sugerem que os cirurgiões-dentistas só têm acesso aos manuais que esclarecem sobre os indicadores quando participam dos cursos de capacitação. Possivelmente, não há uma disponibilização deste material para o profissional atuante no PSF.

Apesar de 63,5% dos cirurgiões - dentistas já terem realizado curso de capacitação no PSF, apenas 47,8% (CD = 76) consideram claros os objetivos dos indicadores de Saúde Bucal. É necessário que se atente para esta constatação. Além do percentual de profissionais que já realizaram curso de capacitação no PSF

ser insatisfatório, mais preocupante ainda é o fato de que nem todos os capacitados estão seguros quanto à proposta dos indicadores. Assim, percebe-se que os indicadores de Saúde Bucal são de interpretação difícil e há necessidade de maiores discussões sobre estes junto aos trabalhadores de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família.

Em acréscimo, a qualidade dos cursos de capacitação, o compromisso dos gestores e profissionais para com a viabilização, formulação e participação nas capacitações e, principalmente, a sensibilização da importância destas no contexto Saúde da Família são aspectos que podem ensejar ampla reflexão.

Para muitos cirurgiões-dentistas, segundo consideram Araújo e Dimenstein (2006), a falta de participação em cursos de capacitação na Estratégia está relacionada ao fato de que esses consideram a sua participação no PSF uma atividade passageira, a qual não requer investimento do ponto de vista profissional. Dessa maneira, os anos passam, o profissional permanece desqualificado no serviço, pois acaba postergando a realização da capacitação e sem a fiscalização do gestor direto, continua exercendo suas atividades com vícios que poderiam ser sanados pelo envolvimento com a educação permanente.

Os cursos de capacitação deveriam informar os cirurgiões-dentistas sobre a importância do registro fidedigno dos procedimentos realizados, esclarecendo dúvidas que poderiam surgir ao CD que inicia, ou mesmo o que já realiza seu trabalho junto à equipe de PSF. A educação permanente é relevante aliada no intuito de evidenciar a importância da correta informação mediante o registro das ações realizadas dentro das UBASF ou fora delas.

Perguntados sobre os critérios que utilizavam para informar a realização da primeira consulta odontológica, 52,2% (83) dos CD informaram ser esta efetivada quando o paciente tem seu prontuário preenchido e é agendado para retornar; mas 35,8% (57) ainda consideraram a primeira consulta odontológica quando o paciente vai pela primeira vez ao consultório odontológico, independentemente das outras condições.

De acordo com as orientações do Ministério da Saúde, esta relação está correta se, a primeira vez que o paciente vai ao consultório odontológico, ele o faz no sentido de iniciar e continuar tratamento e não para uma consulta emergencial ou eventual.

Verificou-se, neste estudo, que a compreensão do que seria a primeira consulta odontológica, para os cirurgiões-dentistas, não é clara. É imprescindível destacar que se os profissionais registraram a primeira consulta considerando este equívoco no entendimento, há um quadro bastante diferente da realidade de trabalho destes profissionais.

Se o indicador teve como resultados, na série histórica proposta, índices que foram produto deste entendimento, deduz-se que o resultado do indicador deveria ser ainda menor do que o apresentado nos últimos anos, uma vez que foi computado como primeira consulta, por muitos profissionais, todas as consultas eventuais que não deveriam ser consideradas.

Segundo o Ministério da Saúde, a informação sobre a primeira consulta deve ser registrada tomando-se as seguintes considerações (BRASIL, 2005, p. 23):

INDICADOR 29 - COBERTURA DE PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA.

CONCEITUAÇÃO: Este indicador mede a tendência de cobertura de tratamentos odontológicos a partir da realização da primeira consulta com exame clínico visando à elaboração de um plano de tratamento. Reflete, em percentual, a proporção de habitantes que recebeu a primeira consulta odontológica para realização do tratamento odontológico restaurador no âmbito da atenção básica, em determinado local e período.

INTERPRETAÇÃO: É um indicador operacional que avalia acesso da população aos serviços de Saúde Bucal.

USO: Possibilita análises sobre cobertura da população com primeira consulta odontológica, podendo indicar tendências do perfil do atendimento, se apenas urgência e emergências, ou busca uma atenção integral em Saúde Bucal a toda a população ou a grupos específicos.

Questionados sobre o entendimento do registro dos procedimentos coletivos realizados no mês, obteve-se uma variação significativa de respostas. Ainda há dúvida quanto à informação que deve ser registrada, se o número de pessoas cadastradas que participam das ações coletivas ou se a quantidade e a frequência dessas ações.

Dos participantes, 53 (33,3%) entendem que o registro deve ser o número de pessoas **cadastradas** no Programa de Prevenção de Saúde Bucal da área adscrita, porém, 106 cirurgiões-dentistas ainda crêem que o registro deve conter o número de procedimentos preventivos realizados ou o número de pessoas beneficiadas naquele mês, independentemente de seu acompanhamento e cadastro no Programa de Prevenção, o que é incorreto. O indicador de procedimentos coletivos, até o ano de 2006, devido a sua própria nomenclatura ser diferente da

interpretação dada pelo Ministério da Saúde, dificultou consideravelmente o entendimento deste pelos cirurgiões-dentistas do PSF.

O Ministério da Saúde faz as seguintes considerações quanto a este indicador (BRASIL, 2005):

**INDICADOR 30 - RAZÃO ENTRE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS COLETIVOS E A POPULAÇÃO DE 0 A 14 ANOS**

**CONCEITUAÇÃO** - Este indicador reflete, em forma de razão, a relação entre os Procedimentos Odontológicos Coletivos - PC realizados e a população de 0 a 14 anos de idade (população priorizada). Apesar do numerador ser um código de procedimento da tabela do SIA/SUS, este indicador reflete a população de um determinado local que está sendo beneficiada pelas ações de promoção e prevenção da saúde bucal. Compõem o código Procedimentos Odontológicos Coletivos: exame epidemiológico, educação em saúde, bochechos fluoretados e higiene bucal supervisionada.

O numerador deve ser calculado somando-se as pessoas acompanhadas a cada mês, durante um ano, dividindo-se o resultado por 12 (meses) para se obter a média anual de população coberta.

**Observações importantes:**

Deve-se ter especial atenção nos problemas de registro deste procedimento. Ele reflete, na realidade, a população coberta pelas ações preventivas constantes da descrição de procedimentos coletivos na tabela do SIA/SUS, ou seja: exame epidemiológico, educação em saúde, bochechos fluoretados e higiene bucal supervisionada.

O município deve registrar mensalmente no sistema o número de indivíduos cobertos (acompanhados) por procedimentos odontológicos coletivos. Não deve, portanto, ser registrada a "quantidade de procedimentos" realizados.

Deve-se registrar a população coberta durante todos os meses do ano, mesmo que as ações sejam realizadas trimestralmente ou com outra periodicidade. O indicador, portanto, refere-se a uma média de pessoas acompanhadas durante 12 meses.

**INTERPRETAÇÃO:** Esse indicador tenta dimensionar o acesso da população às ações de prevenção de Saúde Bucal que compõem o código Procedimentos Odontológicos Coletivos - PC, na população de 0 a 14 anos de idade, de um determinado local, em um período de doze meses.

Como este indicador é apresentado em forma de razão, a relação mais favorável, que indicaria uma boa cobertura das ações preventivas de Saúde Bucal, estaria mais distante de 0,0 e próxima de 1.

**USO:** Subsidiar o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas e ações de Saúde Bucal e avaliar necessidade de ampliação das ações preventivas e de promoção da Saúde Bucal.

Mesmo com a mudança no indicador razão entre procedimentos coletivos e a população de zero a quatorze anos para o indicador de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada ocorrida em 2006, o que deve ser informado é a quantidade de pessoas que participam da ação/mês, independentemente da frequência com que participam (BRASIL, 2006).

Semelhante ao observado anteriormente para o indicador de primeira consulta odontológica, pelo entendimento apresentado pelos CD do PSF no Estado do Ceará sobre os procedimentos coletivos, verifica-se que também houve um

registro equivocado. Pelas respostas fornecidas pelos profissionais, certamente, houve um registro de ações superior à realidade.

Se na série histórica estudada, verificou-se uma estagnação do indicador, possivelmente, o mesmo teria valores ainda menores, se consideradas as falhas de entendimento.

Quanto ao indicador concernente à proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais, apenas 25,2 % (CD = 40) informaram no código referente à exodontia de elementos permanentes como aqueles dentes extraídos passíveis de recuperação, enquanto 62,3% notificaram, naquele código, toda exodontia, inclusive remoção de raízes residuais, excetuando apenas dentes decíduos.

Sobre o indicador respeitante à proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais, esclarece o MS (BRASIL, 2005):

INDICADOR 31 - PROPORÇÃO DE EXODONTIAS EM RELAÇÃO ÀS AÇÕES ODONTOLÓGICAS BÁSICAS INDIVIDUAIS

CONCEITUAÇÃO: Este indicador reflete, em forma percentual, a proporção das exodontias de dentes permanentes em relação às demais ações básicas individuais em odontologia.

INTERPRETAÇÃO: Este indicador possibilita analisar a orientação dos modelos propostos para a assistência odontológica individual, visto que mostra qual a participação dos procedimentos individuais mutiladores (exodontias de dentes permanentes) no total de procedimentos individuais realizados, que devem ser, em sua maioria, restauradores/conservadores e preventivos.

USO: Subsidiar o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas e ações de Saúde Bucal.

Avaliar a necessidade de ampliação das ações preventivas coletivas e de ações individuais de caráter conservador e profilático.

Se a informação registrada nos boletins de produção oficiais correspondeu à resposta fornecida pelos cirurgiões-dentistas, nos questionários aplicados neste estudo, o número de exodontias informado não correspondeu à realidade, tendo um incremento considerável, uma vez que só deveriam ter sido informadas as exodontias de dentes permanentes passíveis de recuperação. Qualquer outro tipo de exodontia (remoção de raízes residuais e dentes decíduos) não deveria ter sido informado no código correspondente à exodontia de dente permanente, evitando a falsa realidade de superioridade de procedimentos mutiladores em detrimento dos conservadores, ensejando distorções na avaliação das políticas de Saúde Bucal.

Se a informação fornecida pelo CD teve como suporte este entendimento, possivelmente, em condições ideais de registro, o indicador teria valores mais

baixos, o que é um fato favorável, uma vez que a tendência deste indicador é decrescer.

Quanto à orientação dos procedimentos realizados no preenchimento do mapa de atendimento diário, 83,6% (133) responderam que foram orientados. Esse número, idealmente, deveria se aproximar de 100%, uma vez que são informações básicas, necessárias a todos os profissionais atuantes na Saúde Pública, e que não são abordadas nos cursos de graduação.

Dos participantes, 68,6% (109) não tinham dúvidas quanto ao preenchimento do mapa de atendimento diário, indicando que nem todos os que haviam sido orientados estavam suficientemente esclarecidos.

Há possibilidade de os profissionais não terem facilidade de acesso aos seus gestores imediatos, a quem, possivelmente, iriam recorrer no caso de dúvida. A falta de periodicidade nas discussões das questões relativas à Saúde Bucal também pode ter contribuído para o resultado evidenciado.

Do total de profissionais participantes, 57,2% (91) responderam que o preenchimento dos mapas de atendimento diário é feito pelo próprio cirurgião-dentista, seguido pelo auxiliar de Saúde Bucal em 30,8% (49) das vezes. Sendo o CD o maior responsável pelo preenchimento dos mapas, se o erro acontece, a maioria dos episódios de equívoco é cometida por ele. Havendo a delegação do preenchimento pelas categorias auxiliares da Odontologia, o compromisso de orientação objetiva se faz necessário, assim como a sensibilização da importância do registro fiel à ação executada.

Dos sujeitos da pesquisa, 115 (72,3%) foram orientados quanto à consolidação dos dados no Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), sendo que 61,6% (98) não tinham dúvida, percentuais paritários, porém menores que os verificados para o preenchimento dos mapas de atendimento diário.

Na maioria dos casos, 67,3 % (107), é o CD o responsável por esse consolidado. Esses dados evidenciam que, semelhante ao preenchimento dos mapas de atendimento diário, na hipótese de erro na alimentação do BPA, este é do CD, também havendo parcela importante do preenchimento de responsabilidade de categorias auxiliares.

É sensível a necessidade de orientar corretamente os profissionais do PSF. Estes não podem atuar sem esclarecimentos sobre o trabalho que realizam. Deve haver a busca e o estímulo constantes dos gestores no que concerne à

capacitação destes profissionais, tanto no aprimoramento das técnicas científicas quanto no entendimento e atualização das diretrizes das políticas de saúde.

É interessante verificar o fato de muitos profissionais (61,6%) relatarem não ter dúvidas quanto ao preenchimento do BPA, porém ainda o preenchem incorretamente, pelo que é verificado nas respostas apresentadas. O dano é potencializado quando o erro existe e não se tem consciência dele. Sugere-se que os profissionais atuam sem o apoio e acompanhamento de seus coordenadores/gestores e talvez, sem o compromisso de dirimir suas dúvidas.

Somam-se a tais considerações os achados de Souza e Roncalli (2007): “ocorrem muitas vezes incorretos registros de informação por parte dos municípios”.

Neste estudo, foi verificado que existe desconformidade de entendimento dos indicadores de Saúde Bucal às orientações do Ministério da Saúde, ensejando registros incorretos por parte dos profissionais.

### 5.2.1 Cruzamento de variáveis

As tabelas de 5 a 11 mostram os cruzamentos realizados entre os indicadores de Saúde Bucal do Pacto da Atenção Básica preconizados pelo Ministério da Saúde no Estado do Ceará, tempo de trabalho e realização de curso de capacitação em PSF por parte dos cirurgiões-dentistas atuantes na Estratégia Saúde da Família, tendo como objetivo ilustrar os achados do estudo.

Tabela 5 – Cruzamento entre tempo de trabalho e curso de capacitação.

TEMPO DE TRABALHO	CURSO DE CAPACITAÇÃO			
	SIM		NÃO	
	No.	%	No.	%
< 2	8	7,9	16	27,6
2/---3	16	15,8	11	19,0
3/---6	38	37,6	25	43,1
6/----15	39	38,6	6	10,3
<b>TOTAL</b>	101	100,0	58	100,0

$$\chi^2 = 20,33 \quad p = 0,000$$

Legenda:

$\chi^2$ : Teste estatístico Qui-quadrado.

$p$ : Coeficiente de significância.

Fonte: Dados da pesquisa, 2009

A tabela 5 demonstra que, do total de cirurgiões-dentistas que já realizaram curso de capacitação (CD=101), os maiores percentuais destes estão na faixa de trabalho de seis a 15 anos de atuação na Estratégia Saúde da Família (38,6%), seguida pela faixa de atuação no PSF de três a seis anos (37,6%). Há relevância estatística destes dados verificada pelo valor de  $p < 0,05$ .

Na medida em que se aproxima o tempo de trabalho dos cirurgiões-dentistas na Estratégia Saúde da Família às faixas de menor tempo de atuação, verificam-se percentuais menores de CD que já realizaram curso de capacitação, representados pelas faixas de dois a três anos de atuação (15,8%) e menos do que dois anos de atuação no PSF (7,9%).

É compreensível que os profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família há mais tempo tenham acesso com maior frequência aos cursos de capacitação, porém destaca-se a importância destes cursos desde o início da atuação no PSF, uma vez que os cirurgiões-dentistas devem compreender a dinâmica do SUS, a Política de Saúde Bucal, as ferramentas de controle e a avaliação dos serviços (por intermédio dos indicadores de Saúde Bucal) e, sobretudo, o seu papel como parte dessa elaboração ativa. Tais aspectos vitais para a construção do SUS, embora se evidenciem avanços significativos quanto a

aproximação do Sistema Único de Saúde à formação acadêmica, presume-se que estes ainda não são abordados em totalidade durante a formação do profissional cirurgião-dentista nos cursos regulares de graduação.

Verifica-se na tabela 5 que parcela relevante da amostra, até a realização deste estudo, não foi capacitada e já atuava na Estratégia em período significativo.

A hipótese relativa a este achado pode estar na falta de oportunidade dos cirurgiões-dentistas ao acesso a tais cursos, seja por priorizar outros cursos em Odontologia, dificuldades de liberação do município em que trabalha ou mesmo pela ausência de interesse dos CD em participar das capacitações.

Conduas exemplificadas por tais hipóteses devem ser rechaçadas numa proposta de reformulação de práticas de saúde, como é o caso da Estratégia Saúde da Família, que necessita do envolvimento compromissado e a participação ativa de todos os profissionais nele atuantes. O papel do gestor para evitar a falta de capacitação específica é crucial, sensibilizando, incentivando e monitorando os profissionais sob sua responsabilidade.

A Tabela 6 exhibe o cruzamento entre variáveis relativas à informação sobre a primeira consulta odontológica e o tempo de trabalho dos cirurgiões-dentistas na Estratégia Saúde da Família.

Tabela 6 - Cruzamento entre informação sobre a primeira consulta odontológica e tempo de trabalho.

PRIMEIRA CONSULTA	TEMPO DE TRABALHO							
	< 2		2/---3		3/---6		6/----15	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%
<b>RESPOSTA CORRETA</b>	13	54,3	15	55,6	37	58,7	18	40,0
<b>RESPOSTA ERRADA</b>	11	45,7	12	44,4	26	41,3	27	60,0
<b>TOTAL</b>	24	100,0	27	100,0	63	100,0	45	100,0

$$\chi^2 = 3,92; p=0,270$$

Legenda:

$\chi^2$ : Teste estatístico Qui-quadrado.

p: Coeficiente de significância.

Fonte: Dados da pesquisa, 2009

Os dados verificados na tabela demonstram que o maior percentual de respostas corretas sobre a informação da primeira consulta odontológica está compreendido na faixa de cirurgiões-dentistas que atuavam no PSF entre três e seis anos (57,8%), faixa verificada como significativa no quesito de realização de curso de capacitação no PSF, seguida pela faixa dos profissionais que atuavam entre dois e três anos na Estratégia Saúde da Família (55,6%).

Conforme exposto anteriormente, a orientação do Ministério da Saúde para o registro da primeira consulta odontológica é que esta deve ocorrer quando o paciente tem seu prontuário preenchido e é agendado a retornar (BRASIL, 2005).

Para este indicador, foi verificado que os profissionais com tempo de trabalho maior do que seis anos, tiveram o menor índice de acertos nas respostas (40,0%), conforme verificado na tabela 6, embora não tenha apresentado relevância estatística (p=0,27).

Comparando-se este cruzamento que indica percentual de erro significativo quanto à compreensão do que deve ser informado como primeira consulta odontológica e os valores deste indicador no decorrer da série histórica estudada, é flagrante o fato de que a informação fornecida pela equipe de Saúde Bucal aos sistemas de informação não corresponde à realidade de trabalho destas equipes.

Na tabela 7, pode-se verificar o cruzamento entre variáveis relativas à resposta sobre primeira consulta odontológica e a realização de curso de capacitação na Estratégia Saúde da Família pelos cirurgiões-dentistas.

Tabela 7 - Cruzamento entre informação sobre a primeira consulta odontológica e curso de capacitação.

PRIMEIRA CONSULTA	CURSO DE CAPACITAÇÃO			
	SIM		NÃO	
	No.	%	No.	%
RESPOSTA CORRETA	58	57,4	25	43,1
RESPOSTA ERRADA	41	42,6	33	56,9
<b>TOTAL</b>	101	100,0	58	100,0

$$\chi^2 = 3,52 ; p = 0,061$$

Legenda:

$\chi^2$ : Teste estatístico Qui-quadrado.

*p*: Coeficiente de significância.

Fonte: Dados da pesquisa, 2009

Dos 101 cirurgiões-dentistas que realizaram curso de capacitação no PSF, apenas 57,4% marcaram a resposta correta sobre primeira consulta odontológica, segundo orientações do Ministério da Saúde.

Neste cruzamento, não foi verificada relevância estatística, uma vez que o valor de  $p > 0,05$ , porém deve-se considerar como objeto de monitoramento e avaliações periódicas o entendimento dos profissionais quanto aos objetivos destes instrumentos de análise de tendências, já que, como verificado neste ensaio, os cirurgiões-dentistas têm dificuldades graves na compreensão dos indicadores de Saúde Bucal, deveras complexos.

Os indicadores auxiliam a reformulação de políticas públicas baseadas na identificação de necessidades apresentadas pela informação produzida pelos sistemas de informação.

É difícil crer que a informação produzida corresponda à realidade da prática profissional no PSF, quando os achados deste estudo demonstram que, mesmo tendo realizado cursos de capacitação, os profissionais são incapazes de

entender o objetivo dos indicadores não informando os procedimentos de acordo com as orientações fornecidas pelo MS.

A tabela 8 destaca o cruzamento entre variáveis relativas à informação sobre os procedimentos coletivos e o tempo de trabalho dos cirurgiões-dentistas na Estratégia Saúde da Família.

Tabela 8 - Cruzamento entre informação sobre procedimentos coletivos e tempo de trabalho.

PROCEDIMENTOS COLETIVOS	TEMPO DE TRABALHO							
	< 2		2/---3		3/---6		6/---15	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%
<b>RESPOSTA CORRETA</b>	5	20,9	5	18,6	28	44,5	15	33,4
<b>RESPOSTA ERRADA</b>	19	79,1	22	81,4	35	55,5	30	66,6
<b>TOTAL</b>	24	100,0	27	100,0	63	100,0	45	100,0

$$\chi^2 = 7,85; p=0,049$$

Legenda:

$\chi^2$ : Teste estatístico Qui-quadrado.

p: Coeficiente de significância.

Fonte: Dados da pesquisa, 2009

O predomínio de respostas corretas entre as faixas de tempo de trabalho no PSF sobre a informação dos procedimentos coletivos situa-se na faixa dos profissionais que atuavam entre três a seis anos no PSF (44,5%). Para este cruzamento, verificou-se que em todas as faixas etárias propostas pelo estudo, houve predominância de respostas erradas.

Tomadas as respostas possíveis para tal quesito alinhadas no instrumento de avaliação, verificou-se que, para os cirurgiões-dentistas atuantes no PSF do Estado do Ceará, há grande disparidade de entendimento quanto à informação sobre os procedimentos coletivos realizados sob sua coordenação/supervisão, sendo majoritariamente informadas as ações com a utilização de critérios em desconformidade com os propostos pelo MS.

O percentual de erros representado na faixa de menos de dois anos de atuação foi de 79,1%. Os CD que trabalhavam na faixa entre dois e três anos responderam incorretamente em 81,4% da amostra. O período compreendido entre

três e seis anos de trabalho no PSF apresentou 55,5% de repostas erradas, seguida dos profissionais de mais de seis anos de atuação na Estratégia, representada por 66,6 % das repostas incorretas.

As repostas sugerem que as dúvidas estão sobre o que deve ser informado: o número de pessoas cadastradas que realizaram a atividade ou a quantidade de ações realizadas.

Segundo o Ministério da Saúde, o registro desse indicador é realizado pelo número de pessoas cadastradas no Programa de Prevenção em Saúde Bucal. Mesmo com a inserção de novo indicador relativo aos procedimentos coletivos, por meio da Portaria 95 GM/MS, de fevereiro de 2006, esse entendimento persistiu (BRASIL, 2006).

Aspecto relevante é constatar que, mesmo informando, erroneamente, o número de procedimentos realizados em vez do quantitativo de pessoas cadastradas, gerando aumento no indicador comparativamente à realidade de trabalho, a razão de procedimentos coletivos na série histórica estudada ainda é pequena, permanecendo em 0,16, portanto, estagnada, conforme verificado na tabela 4.

Na tabela 9, pode-se verificar o resultado dos cruzamentos entre informação sobre procedimentos coletivos e curso de capacitação na Estratégia Saúde da Família pelos cirurgiões-dentistas atuantes no PSF do Estado do Ceará.

Tabela 9 - Cruzamento entre informação sobre procedimentos coletivos e curso de capacitação.

PROCEDIMENTOS COLETIVOS	CURSO DE CAPACITAÇÃO			
	SIM		NÃO	
	No.	%	No.	%
RESPOSTA CORRETA	42	41,5	11	18,9
RESPOSTA ERRADA	59	58,5	47	81,1
<b>TOTAL</b>	101	100,0	58	100,0

$\chi^2 = 8,48; p = 0,004$

Legenda:

$\chi^2$ : Teste estatístico Qui-quadrado.

*p*: Coeficiente de significância.

Fonte: Dados da pesquisa, 2009

Dos 159 participantes da pesquisa, foi verificado pelo cruzamento proposto pela tabela 9 que, em função da realização de cursos de capacitação em PSF, a maioria dos participantes errou no critério utilizado para informação dos procedimentos coletivos realizados, em ambos os casos (tendo ou não realizado curso).

Dos 101 cirurgiões-dentistas que realizaram curso de capacitação, apenas 42 (41,5%) entendem que o número de pessoas cadastradas no programa de prevenção em Saúde Bucal constitui critério de informação da ação realizada.

Questiona-se, neste momento, a qualidade dos cursos de capacitação ofertados, pois houve conformidade de critérios com o Ministério da Saúde em menos da metade das respostas ao quesito, percentual discrepante com a necessidade do serviço de Saúde Bucal inserido no contexto de reformulação de práticas à saúde.

A tabela 10 exemplifica o cruzamento entre variáveis relativas à informação sobre os dentes extraídos e o tempo de trabalho dos cirurgiões-dentistas na Estratégia Saúde da Família.

Tabela 10 - Cruzamento entre informação sobre dentes extraídos e tempo de trabalho.

DENTES EXTRAÍDOS	TEMPO DE TRABALHO							
	< 2		2/---3		3/---6		6/----15	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<b>RESPOSTA CORRETA</b>	4	16,6	12	44,4	20	31,7	4	8,8
<b>RESPOSTA ERRADA</b>	20	83,4	15	55,6	43	68,3	41	91,2
<b>TOTAL</b>	24	100,0	27	100,0	63	100,0	45	100,0

$$\chi^2 = 14,03; p=0,003$$

Legenda:

$\chi^2$ : Teste estatístico Qui-quadrado.

p: Coeficiente de significância.

Fonte: Dados da pesquisa, 2009

Em todas as faixas de tempo de trabalho categorizadas no ensaio, quanto ao critério de informação sobre dentes permanentes extraídos em função do tempo de trabalho, foi verificado que o maior percentual de respostas erradas predomina. Constata-se a divergência no entendimento da maior parte dos CD do PSF no Estado do Ceará, principalmente para os profissionais que atuavam a mais tempo na Estratégia (seis a 15 anos) quanto à orientação do Ministério da Saúde sobre o indicador relativo à informação sobre a proporção de dentes permanentes extraídos e as ações odontológicas básicas individuais.

Para o MS, deve ser considerado elemento permanente aquele passível de terapêutica conservadora.

O maior percentual de respostas corretas foi obtido pela faixa de cirurgiões- dentistas que trabalhavam entre três e seis anos no PSF (20 respostas), seguida pela faixa de dois e três anos de atuação (12), conforme verificado na tabela 10.

De acordo com estes achados, deve-se atentar para que os profissionais (gestores ou não) participem periodicamente de cursos de capacitação no PSF, uma vez que houve tendência de erro no critério utilizado para informação deste indicador para os profissionais que já eram veteranos no serviço. A realização destes cursos, uma única vez, sem reciclagens periódicas, resulta na estagnação e/ou defasagem

do conhecimento pertinente ao trabalho da equipe de Saúde Bucal, inadmissível no âmbito do SUS.

Na tabela 11, verifica-se o cruzamento entre variáveis relativas ao critério utilizado na informação sobre os dentes permanentes extraídos e a realização de curso de capacitação na Estratégia Saúde da Família pelos cirurgiões-dentistas.

Tabela 11 - Cruzamento entre informação sobre dentes extraídos e curso de capacitação.

DENTES EXTRAÍDOS	CURSO DE CAPACITAÇÃO			
	SIM		NÃO	
	No.	%	No.	%
RESPOSTA CORRETA	22	21,8	18	31,0
RESPOSTA ERRADA	79	78,2	40	69,0
<b>TOTAL</b>	101	100,0	58	100,0

$$\chi^2 = 1,68 ; p = 0,196$$

Legenda:

$\chi^2$ : Teste estatístico Qui-quadrado.

$p$ : Coeficiente de significância.

Fonte: Dados da pesquisa, 2009

Apenas 21,8% dos que fizeram curso de capacitação responderam corretamente ao quesito relativo à informação dos dentes permanentes extraídos, segundo orientações do MS. Este constitui um percentual aquém do que deve ser almejado pelos gestores e profissionais do PSF e sem dúvida impactou negativamente na apresentação do indicador que monitora a priorização do atendimento conservador, durante a série histórica pesquisada.

Não houve influência nas respostas dos participantes sobre o critério de primeira consulta odontológica em função da realização de curso de capacitação.

Novamente, em atenção à qualidade dos cursos de capacitação, deve-se atentar o papel destes cursos na qualificação dos profissionais atuantes no SUS. Ações de educação permanente devem suscitar efeitos positivos quanto ao

entendimento dos profissionais e registro fidedigno no que diz respeito às ações realizadas no PSF.

O relatório da 3ª. Conferência Nacional de Saúde Bucal considera que “a educação em saúde enfatiza a importância de se identificar a Saúde Bucal como responsabilidade das esferas municipal, estadual e federal **na formulação das políticas de formação**, indissociável da saúde geral das pessoas (...)” (2005).

Neste contexto, para compreender a importância da responsabilização aos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família, recorre-se à reflexão de Martelli *et al.* (2008, p.1669):

No campo da Atenção à Saúde, todos os profissionais devem estar aptos a desenvolver ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação em nível individual e coletivo; assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde; realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da bioética (ética da vida); ter em conta que a responsabilidade da atenção à saúde somente se encerra com a resolução do problema de saúde, tanto ao nível individual quanto coletivo.

Entre tantas reflexões, destaca-se ainda a que considera que os indicadores de Saúde Bucal preconizados pelo Ministério da Saúde necessitam de maior divulgação e debate junto aos trabalhadores do Sistema Único de Saúde, de forma a torná-los mais compreensíveis e objetivos.

Conforme a proposta de Vermelho (2002), serão requisitos para a elaboração de índices e indicadores: “disponibilidade de dados”, “simplicidade técnica para um manejo rápido e facilidade de compreensão”, “**uniformidade de critérios para aferição**”, “capacidade de síntese”, “poder discriminatório, favorecendo comparações no tempo e no espaço”.

Segundo Pereira, em 2003, desde que foi estabelecido o incentivo para a implantação das equipes de Saúde Bucal no PSF, houve um crescimento exponencial do número de equipes em todo o Brasil. Apesar disso, pouco tem sido feito no sentido de monitorar tal inclusão e avaliar seus impactos, o que pode ser constatado pelo fato de ser escassa a literatura sobre este tema. Na verdade, os processos de avaliação e monitoramento dentro dos serviços de Saúde são, amiúde, muito escassos.

Os resultados do estudo sugerem que a formação de trabalhadores para o SUS ainda ocorre de maneira acrítica e sem discussões pelo controle social, profissionais e gestores.

O cirurgião-dentista deve verdadeiramente apropriar-se das políticas de Saúde Bucal e empenhar-se na sua execução, compreendendo e aplicando, devidamente, as ferramentas de controle e avaliação utilizadas para a melhoria do Sistema Único de Saúde.

## **6 CONCLUSÕES**

A cobertura populacional pelas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Estado do Ceará nos anos de 2001 a 2007 apresentou crescimento estatisticamente significativo.

Não foram observadas mudanças significativas dos indicadores de Saúde Bucal do Pacto da Atenção Básica no Estado do Ceará na série histórica estudada.

Há divergências entre a interpretação dos objetivos dos indicadores e o registro dos dados relativos às ações de Saúde Bucal pelos cirurgiões-dentistas atuantes na Estratégia Saúde da Família e as orientações do Ministério da Saúde.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os indicadores de Saúde Bucal preconizados pelo Ministério da Saúde necessitam de maior divulgação e debate junto aos trabalhadores do Sistema Único de Saúde, de forma a torná-los mais compreensíveis e objetivos. Devem retratar a realidade do processo de trabalho e a partir de sua análise, definir rumos para as políticas de Saúde Bucal.

A educação permanente é um importante instrumento para o esclarecimento dos profissionais a este respeito, porquanto se observa que a melhoria dos indicadores está diretamente relacionada ao entendimento de como os dados devem ser informados.

Os indicadores de Saúde Bucal precisam evidenciar mudanças significativas decorrentes do aumento do percentual de cobertura populacional em Saúde Bucal verificado nos últimos anos, justificando, assim, os investimentos financeiros direcionados à melhoria da condição de Saúde Bucal da população brasileira.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, G. C. M.; FERREIRA, M. A. F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p.2131-2140, set. 2008.
- ALVES, S. F. F.; COELHO, M Q.; COSTA, S. M.; MARTELLI, D. R. B.; NASCIMENTO, J. E.; MARTELLI, H.; BONAN, P. R. F. A odontologia no Contexto do Sistema Único de Saúde. *In: FÓRUM DE ENSINO, PESQUISA, EXTENSÃO E GESTÃO DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS*, 3., 2009, Montes Claros. **Anais... Montes Claros**, MG, 2009.
- ANTUNES, J. L. P. Construção e significado dos indicadores de saúde. *In: BOTAZZO, C. OLIVEIRA, M. (Org.). A Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal*. São Paulo: Páginas & Letras Editora e Gráfica, 2008.
- ARAÚJO, M. E. **A saúde bucal no Estado de São Paulo com a implantação do Sistema Único de Saúde: uma análise**. 1994.102 f. Dissertação (Mestrado em Deontologia e Odontologia Legal) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.
- ARAÚJO, M. E. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 179-182, mar. 2006.
- ARAUJO, Y. P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, 219-227, mar. 2006.
- BARBOSA, J. P. A. **História da Saúde Pública do Ceará: da Colônia a Vargas**. Fortaleza: Edições UFC, 1994.
- BARCELLOS, C.; QUITERIO, L. A. D. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, 107-177, fev. 2006.
- BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 7, p. 709-717, 2002.
- BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, p. 429-435, 1998.
- BLEICHER, L. **Saúde para todos, já!**. Fortaleza: Expressão Gráfica, 2004.

BODSTEIN, R.; FELICIANO, K.; HORTALE, V. A.; LEAL, M. C. Estudos de linha de base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 725-731, 2006.

BOTAZZO C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 7-17, 2006.

BOTAZZO, C.; OLIVEIRA, M. A. (Org.). **Atenção básica no Sistema Único de Saúde**: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. São Paulo: Páginas & Letras Editora e Gráfica, 2008.

BRASIL. Congresso Nacional (1990). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1990.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1990a.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 8.142, de 12 de novembro de 1990. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1990b.

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

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos da Atenção Básica**. Brasília, DF, 2003c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal Básica. Projeto SB Brasil 2003. **Condições de saúde bucal da população brasileira 2002–2003**: resultados principais. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. **Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família no Brasil**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dados percentuais da implantação das equipes de saúde bucal e saúde da família no estado do Ceará. Disponível em: <[HTTP://www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores e dados básicos para a saúde**. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe da Atenção Básica: Pacto de Indicadores da Atenção Básica**. Brasília, DF, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde nº 01/96. Portaria MS/GM nº. 2.203 de 05 de novembro de 1996. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Seção I, p. 22.932-22940.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.444/GM. Cria o incentivo de Saúde Bucal para o financiamento de ações e da inserção de profissionais de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 dez. 2000. Seção I, p. 85.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 267, 06/03/2001. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 mar. 2001. Seção I, p. 67.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 74, 20/01/2004. Reajusta os valores dos incentivos financeiros às ações de saúde bucal no âmbito do Programa Saúde da Família, inclui procedimento de moldagem para prótese e dá outras providências. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Produção sobre saúde da família**. Brasília, DF, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003. **Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1998a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02. Portaria MS/GM Nº. 373 de 27 de fevereiro de 2002. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados, 1998 - 2004.** Brasília, DF, 2006. (Série C: Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização.** Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde Bucal. **Levantamento epidemiológico de cárie dentária: banco de dados.** Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 3 maio 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Fundação Serviços de Saúde Pública. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986.** Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Portaria nº 21/GM, de 5 de janeiro de 2005. **Pacto da atenção básica.** Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Portaria nº 3925/GM, de 13 de novembro de 1998. **Pacto da atenção básica.** Brasília, DF, 1998b.

BRASIL. Portaria nº 456/GM, de 16 de abril de 2003. **Pacto da Atenção básica.** Anexo III da Portaria Nº 456 de 16 de abril de 2003. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília, DF, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Portaria nº 463/GM, de 13 de março de 2006. **Pacto da atenção básica.** Brasília, DF, 2006 a.

BRASIL. Portaria nº 95/GM, de 14 de fevereiro de 2006. **Pacto da atenção básica.** Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Portaria nº. 648. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo,** Brasília, DF, 28 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº. 95, 14/02/2006. Alterações nos procedimentos coletivos da tabela SIA-SUS. Brasília, DF, 2006.

CAPISTRANO FILHO, D. O programa de saúde da família em São Paulo. **Estudos Avançados,** São Paulo, v. 13, n. 35, p. 89-100, abr. 1999.

CARDOSO, A. C. C.; SANTOS JUNIOR, R. Q.; SOUZA, L. E. P.; BARBOSA, M. B. C. B. Inserção da equipe de saúde bucal no PSF: um desafio para a melhoria da qualidade de atenção à saúde. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 26, p. 94-98, 2002.

CARVALHO, A. C. P. C. **Educação e Saúde em Odontologia**: ensino da prática e prática de ensino. São Paulo: Livraria Santos Editora, 1995.

CAVALCANTE, M. G. S.; SAMICO, I.; FRIAS, P. G.; VIDAL, S. A. Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil**, Recife, v. 6, n.4, p. 437-445, out./dez. 2006.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. Informações sobre as células regionais de saúde do estado do Ceará. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br>>. Acesso em: ago. 2007.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. Informações sobre saúde bucal no estado do Ceará. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br>>. Acesso em: jan. 2008a.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal no Estado do Ceará – SB Ceará**: resultados finais. Fortaleza: Editora SESA, 2004b.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **O jeito cearense de fazer o SUS**: um guia para gestores municipais. Fortaleza: SESA, 2004a.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Atenção à Saúde Bucal. **Relatório de municípios credenciados a EACS/ESF/ESB até a competência de dezembro de 2007**. Fortaleza: SESA, 2008.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Atenção à Saúde Bucal. **Relatório dos indicadores de Odontologia por município no Ceará 2000-2005**. Fortaleza: SESA, 2006.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Atenção à Saúde Bucal. **Relatório dos indicadores de Odontologia por município no Ceará 2006**. Fortaleza: SESA, 2007..

CEARÁ. Secretaria da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Atenção à Saúde Bucal. **Relatório dos indicadores de Odontologia por município no Ceará 2007**. Fortaleza: SESA, 2008b.

CELESTE, R. K.; NADANOVSKY, P.; LEON, A. P. Associação entre procedimentos preventivos no serviço público de odontologia e a prevalência de cárie dentária. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 830-838, out. 2007.

CHAVES, M. M. **Odontologia Social**. 3. ed. São Paulo: Livraria Editora Artes Médicas, 1986.

CHAVES, S. C. L.; SILVA, L. M. V. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1697-1710, dez. 2007.

COHN, A. F. Os princípios do Sistema Único de Saúde e a atenção básica (Programa Saúde da Família): o perigo mora ao lado. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, p. s23-s24, 2008.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 3., 2004, Brasília. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, Suppl, p. 191-202, 2002.

DIAS, A. A. *et al.* **Saúde bucal coletiva**: metodologia de trabalho e práticas. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2006.

DRACHLER, M. L.; CÔRTEZ, S. M. V.; CASTRO, J. D.; LEITE, J. C. C. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 461-470, 2003.

DRAIBE, S. M. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. *In*: Barreira, M. C. R.; CARVALHO, M. C. B. (Org.). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: Instituto de Estudos Especiais; Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2004. p. 15-42.

ESCRIVÃO JUNIOR, A. A hora e a vez da articulação dos sistemas de informação em saúde brasileiros?. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 876-878, dez. 2006.

FERNANDES, L. S.; PERES, M. A. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 930-936 dez. 2005.

FEUERWERKER, L. C. M. Educação dos profissionais de saúde hoje. **Rev. ABENO**, v. 3, n. 1, p. 24-27, 2003.

FEUEWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, dez. 2005.

FLEURY, S. F. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 743-752, jun. 2009.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 59, n. 4, p. 532-536, ago. 2006.

- FRAZÃO, P. A participação do pessoal auxiliar odontológico na promoção da saúde bucal. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 329-336, out./dez. 1998.
- FRAZÃO, P. Vinte anos de Sistema Único de Saúde: avanços e desafios para a saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 712, abr. 2009.
- FRIAS, A. C.; ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Precisão e validade de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: cárie dentária na Cidade de São Paulo, 2002. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 7, n. 2, p.144-154 jun. 2004.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.
- \_\_\_\_\_. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, ago. 2005.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980–2050**: revisão 2004. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 5 fev. 2009.
- LUCCHESI, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003.
- MACHADO, E. N. M.; FORTES, F. B. C. T. P.; SOMARRIBA, M. Efeitos da introdução do PAB sobre a distribuição de recursos e a prestação de serviços: o caso de Minas Gerais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 99-111, 2004.
- MALTA, D.; LEAL, M.C.; COSTA, M.F.L.; MORAIS NETO, O.L. de. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 1, supl. 1, p. 159-167, 2009.
- MARQUES JÚNIOR, E. T. A.; MACIEL FILHO, R.; AUGUST, P. Nordstrom. Overcoming health inequity: potential benefits of a patient-centered open-source public health infrastructure. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 547-557 mar. 2008.
- MARQUES, R. M.; MENDES, A. SUS e Seguridade Social: em busca do elo perdido. **Saúde Soc.**, v. 14, n. 2, p. 39-49, ago. 2005.
- MARTELLI, P. J. L. ; CABRAL, A.P.S. ;PIMENTEL, F. C.; MACEDO, C. L. S. V.; MONTEIRO, I. S.; SILVA, S. F. Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1669-1674, out. 2008.

MARTINS, R.J.;MOIMAZ, A.S.; GARBIN, C.A.S.;GARBIN,A.J.S; IMA,D.C.Percepção dos coordenadores de saúde bucal e cirurgiões-dentistas do serviço público sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde Soc.**, v. 18, n. 1, p. 75-82, mar. 2009.

MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1538-1544, nov./dez. 2004.

MENDES, H. W. B.; CALDAS JÚNIOR, A. L. Prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde. Práctica profesional y ética en el contexto de las políticas de salud. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 20-26, maio 2001.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde: 20 anos: balanço e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, jul. 2009.

MERHY E.; FRANCO, T. B. Programa Saúde da Família: somos contra ou a.favor?. **Saúde Debate**, v. 26, n. 60, p. 118-122, jan./abr. 2002.

MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. Saúde bucal da família: quando o corpo ganha uma boca. In: SILVEIRA FILHO, A. D.; DUCCI, L.; SIMÃO, M. G.; GEVAERD, S. P. (Org.). **Os dizeres da boca em Curitiba**: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2002. p 133-161.

NARVAI, P. C. Recursos humanos para a promoção da saúde bucal: um olhar no início do século XXI. In: KRIGER, L. (Org.). **Promoção da saúde bucal**. 2. ed. São Paulo: Aboprev; Artes Médicas, 2003. p. 449-463.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. esp., p. 141-147, 2006.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: um conceito. **Odontol. Soc.**, v. 3, p. 47-52, 2001.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P.; RONCALLI, A. G.; ANTUNES, J. L. F. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 19, n. 6, p. 385-393, 2006a.

NASCIMENTO, A. C.;MOYSÉS, S.T.; BISINELLI, J.C.; MOYSÉS,S.J. Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionism. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, June, 2009 .

NUNES, A.; SANTOS, J. R. S.; BARATA, R. B.; VIANNA, S. M. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

O'DWYER, G.; TAVARES, M. F. L.; DE SETA, M. H. F. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no locus saúde da família. **Interface**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 467-484, dez. 2007.

OLIVEIRA, D. C.S; GOMES, A.M.T.; ACIOLI, S.; SÁ, C.P. O Sistema Único de Saúde na cartografia mental de profissionais de saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p.377-386 set. 2007.

OLIVEIRA, J. L. C.; SALIBA, N. A. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, Suppl, p. 297-302, 2009.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PALHA, P. F.; VILLA, T. C. S. A descentralização como eixo norteador na reorganização e operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 37, n. 3, p. 19-26, set. 2003.

PEREIRA M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1995.

PEREIRA, C. R. S.; PATRÍCIO, A. A. R.; ARAÚJO, F. A. C.; LUCENA, E. E. S.; LIMA, K. C.; RONCALLI, A. G. Impacto da estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 985-996, maio 2009.

PEREIRA, D. Q.; PEREIRA, J. C. M.; ASSIS, M. M. A. The odontological practice in the Basic Health Units in Feira de Santana, Bahia, in the health municipalization process: individual, autonomous, curative and technical activities. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.599-609, 2003.

PINTO, V. G. Saúde bucal no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p. 316-327, 1983.

PINTO, V. G. **Saúde bucal: Odontologia social e preventiva**. 3. ed. São Paulo: Livraria Santos Editora, 1992.

PUCCA JÚNIOR, G. A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 243-246, mar. 2006.

RONCALLI, A. G. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 105-114, mar. 2006.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.

SAINTRAIN, M. V. L. Proposta de um indicador comunitário em saúde bucal. **Rev. Bras. Promoção Saúde**, Fortaleza, v. 20, n. 3, p. 199-204, 2007.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. F Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saude Soc.**, v. 10, n. 2, p. 47-74, dez. 2001.

SERRA, C. G. A saúde bucal como política de saúde: a experiência de Niterói. **Physis**, v. 11, n. 2, p. 95-122, dez. 2001.

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. *In*: ALVES, D. S.; GULJOR, A. G. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004. p. 241-255.

SOLLA, J.J.S.P.; REIS, A.A.C; SOTER, A.P.M.; FERNANDES, A.S.; PALMA, J.J.L. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 7, n. 4, p. 495-502, out./dez. 2007.

SOUZA, R. R. F. Políticas e práticas de saúde e equidade. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, p. 765-770, dec. 2007.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, nov. 2007.

SPERANDIO, A. M. G. A Universidade colaborando na construção de um projeto de promoção da saúde: relato de experiência de um grupo de alunos de Medicina da Unicamp, Campinas, SP, Brasil. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 30, n. 3, p. 200-208, dez. 2006.

SZWARCWALD, C. L.; MENDONÇA, M. H. M.; ANDRADE, C. L. T. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 643-655 set. 2006.

UNFER, B.; SALIBA, O. O cirurgião-dentista do serviço público: formação, pensamento e ação. **Rev. Bras. Odont. Saúde Coletiva**, v. 2, n.2, p. 45-51, 2001.

VALENTIM, I. V. L.; KRUEL, A. J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 777-788, jun. 2007.

VERMELHO, L. L.; LEAL, A. J. C.; KALE, P. L. Indicadores de Saúde. *In*: MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2002. p. 33-56.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 225-264, 2005.

WESTPHAL, M. F. Movimentos sociais e comunitários no campo da saúde como sujeitos e objetos de experiências educativas. **Saude Soc.**, v. 3, p. 2, p. 127-148, dez. 1994.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **Int. J. Health Serv.**, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Oral Health Report 2003:** continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneva, 2003.

ZANETTI, C. H. G. **Opinião:** a inclusão da Saúde Bucal nos PACS/PSF e as novas possibilidades de avanços no SUS. 2001. Trabalho Acadêmico - Departamento de Odontologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2001.

ZANETTI, C. H. G. **Saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF):** proposição e programação. Disponível em:  
<[http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art\\_saucol/proposta\\_sbf\\_zanetti.pdf](http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_saucol/proposta_sbf_zanetti.pdf)> Acesso em: 2 ago. 2007.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa para saber o entendimento que os profissionais cirurgiões-dentistas têm sobre os indicadores de Saúde Bucal preconizados pelo Ministério da Saúde e como os procedimentos odontológicos estão sendo informados no Mapa de Atendimento Diário, bem como no Boletim de Produção Ambulatorial Mensal. Caso aceite, favor assinar o consentimento ao final do documento. Sua participação é voluntária e, a qualquer momento, o Sr.(a) poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. O Sr.(a) receberá uma cópia deste termo, onde constam o telefone e o endereço da pesquisadora, podendo, junto a ela, tirar dúvidas com relação ao projeto e sua participação.

Pesquisa sobre os indicadores de Saúde Bucal da Atenção Básica e interpretação dos mesmos pelos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família no Estado do Ceará.

Pesquisadora responsável: Patrícia Maria Costa de Oliveira

Endereço: Rua Inácio Vasconcelos, 399 Casa 202. Cambéa. Fortaleza – Ceará

Telefone: 0xx85 8758-2359

Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa: 0xx85 3366-8338

Benefícios: saber se são compreensíveis para os cirurgiões – dentistas da Estratégia Saúde da Família os objetivos dos indicadores de Saúde Bucal e se o preenchimento dos formulários que alimentam os sistemas de informação é realizado corretamente.

Custo/reembolso do participante: não haverá nenhum tipo de gasto nem pagamento pela participação da pesquisa.

Confidencialidade da pesquisa: os dados podem ser publicados, sem, contudo, expor sua identidade.

### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, \_\_\_\_\_ fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Patrícia Maria Costa de Oliveira sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos. Foi-me esclarecido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto venha a receber qualquer penalidade.

\_\_\_\_\_ Local e  
data.

\_\_\_\_\_  
Sujeito da Pesquisa

## **APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO ENVIADO AOS CIRURGIÕES - DENTISTAS**

Pesquisa sobre os indicadores de Saúde Bucal da Atenção Básica e interpretação dos mesmos pelos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família no Estado do Ceará.

**1. Município atual:** \_\_\_\_\_

**2. Sexo:** 1. ( ) M 2. ( ) F

**3. Idade:** \_\_\_\_\_

**4. Tempo de trabalho no PSF (anos e meses):** \_\_\_\_\_

**5. Realizou algum curso de capacitação na Estratégia Saúde da Família?**

1. ( ) sim 2. ( ) não

**6. Cite indicadores principais de Saúde Bucal preconizados pelo Ministério da Saúde que o Sr. ( Sr<sup>a</sup>.) conhece.**

---

---

**7. O Sr. ( Sr<sup>a</sup>.) já teve acesso a manual ou documentação oficial que fizesse alguma orientação sobre os indicadores principais de Saúde Bucal?**

1. ( ) sim 2. ( ) não

**8. O Sr. ( Sr<sup>a</sup>.) considera claros os objetivos dos indicadores de Saúde Bucal preconizados pelo Ministério da Saúde?**

1. ( ) sim 2. ( ) não

**9. Que critérios o Sr. ( Sr<sup>a</sup>.) utiliza para informar a realização da primeira consulta odontológica?**

1. ( ) Quando o paciente vem pela primeira vez ao consultório odontológico

2. ( ) Quando o paciente conclui tratamento

3. ( ) Quando o paciente tem seu prontuário preenchido e é agendado para retornar

4. ( ) Sempre que o paciente é atendido pelo cirurgião-dentista na Unidade

**10. Como o Sr. ( Sr<sup>a</sup>.) entende que devem ser registrados os dados sobre procedimentos odontológicos coletivos realizados no mês?**

1. ( ) Número de palestras educativas realizados no mês
2. ( ) Número de pessoas cadastradas no Programa de Prevenção em Saúde Bucal que realizaram escovação supervisionada no mês
3. ( ) Número de pessoas que fizeram bochechos fluoretados durante o mês
4. ( ) Número de crianças de zero a catorze anos que realizaram bochechos fluoretados durante o mês
5. ( ) Número de bochechos fluoretados no mês
6. ( ) Número de aplicações tópicas de flúor no mês

**11. Como o Sr. ( Sr<sup>a</sup>.) costuma informar no mapa de atendimento diário os dentes extraídos?**

1. ( ) Qualquer dente extraído é anotado no código de dente permanente
2. ( ) Apenas os dentes decíduos extraídos não são anotados no código de exodontia de dente permanente. Os demais (raízes residuais, dentes recuperáveis e dentes com indicação de exodontia ) são informados como exodontia de dente permanente
3. ( ) Somente os dentes permanentes passíveis de recuperação, são lançados no código de exodontia de dentes permanentes.
4. ( ) Qualquer dente extraído, inclusive o número de raízes, são informados no código de exodontia de dentes permanentes

**12. Já foi orientado(a) quanto ao preenchimento do mapa de atendimento diário?**

1. ( ) sim 2. ( ) não

**13. O Sr. ( Sr<sup>a</sup>.) tem alguma dúvida quanto ao preenchimento do mapa de atendimento diário?**

1. ( ) sim 2. ( ) não

**14. Quem preenche o mapa de atendimento diário?**

1. ( ) Dentista 2. ( ) Auxiliar 3. ( ) THD 4. ( ) Outros

**15. Já foi orientado(a) quanto ao preenchimento do Boletim de Produção Ambulatorial Mensal (BPA) do Sistema Único de Saúde?**

1. ( ) sim 2. ( ) não

**16. O Sr. ( Sr<sup>a</sup>.) tem alguma dúvida quanto ao preenchimento do BPA Mensal?**

1. ( ) sim 2. ( ) não

**17. Quem preenche o BPA Mensal?**

1. ( ) Dentista 2. ( ) Auxiliar 3. ( )THD 4. ( ) Outros





## ANEXO C – MODELO DO BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL MENSAL



**SUS**

Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL- SIA/SUS**  
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

---

*Dados Operacionais*

CNES do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

MÊS

ANO

FOLHA

---

*ATENDIMENTO REALIZADO*

SEQUÊNCIA	PROCEDIMENTO	CBO	IDADE	QUANTIDADE
01	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
02	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
03	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
04	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
05	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
06	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
07	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
08	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
09	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
10	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
11	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
12	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
13	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
14	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
15	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
16	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
17	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
18	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
19	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
20	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
<b>TOTAL</b>				<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

---

*Formalização*

RESPONSÁVEL(Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO

RUBRICA

DATA / /

DATA / /

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA / /

DATA / /

BPA-CONSOLIDADO-20-12-07.v01d