UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

PATRÍCIA ELIZABETH SOUZA MATOS

**Análise da atenção em saúde bucal sob a ótica do Sistema de
Informação da Atenção Básica**

BAURU
2014

PATRÍCIA EIZABETH SOUZA MATOS

**Análise da atenção em saúde bucal no Brasil sob a ótica do
Sistema de Informação da Atenção Básica**

Tese apresentada a Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências no Programa de Ciências Odontológicas Aplicadas, na área de concentração Ortodontia e Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris

BAURU
2014

M428a Matos, Patricia Elizabeth Souza
Análise da atenção em saúde bucal sob a ótica
do Sistema de Informação da Atenção Básica /
Patricia Elizabeth Souza Matos. -- Bauru, 2014.
127 p.: il.; 31cm.

Tese. (Doutorado) -- Faculdade de Odontologia
de Bauru. Universidade de São Paulo.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a
reprodução total ou parcial desta tese, por processos
fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a três pessoas muito especiais em minha vida e, especialmente, nesta trajetória:

Ao meu marido, Haroldo, companheiro de vida, colega de trabalho, amigo de todas as horas. A pessoa que sempre me apoia nas horas difíceis, “puxa a minha orelha” quando é preciso, e me dar amor e força para seguir em frente.

À minha filha, Catarina, não o conteúdo deste trabalho, mas o significado dele em nossas vidas. Espero que um dia ela compreenda que muitas vezes é necessário abdicar de algo, de momentos juntos, para alcançar um sonho, um objetivo.

À minha mãe, a minha “mestre” da vida!

AGRADECIMENTOS

Agradeço,

Primeiramente a esta força superior, DEUS, que rege nossos caminhos e não nos deixar desanimar, mesmo diante das situações mais difíceis.

À minha irmã, Tatiana, meu cunhado, Marcelo, e a pequena Marina, por estarem sempre tão presentes em minha vida, mesmo estando há quilômetros de distância. É muito bom saber que temos uma família que torce por nós, assim nos sentimos mais fortes e acalentados.

Ao meu Pai, Carlos Henrique, pelo carinho de sempre.

À D. Dirce, Ana e Gabriel, por todos os momentos em família que passamos juntos em Bauru, e que irão deixar saudades.

Ao meu orientador, Prof. Doutor José Roberto Pereira Lauris, por ter aceitado esta orientação e ter confiado em mim. Serei sempre muito grata por ter me dado a oportunidade de recomeçar. Fica aqui meu especial “Muito Obrigada”!

Ao Prof. Doutor José Roberto de Magalhães Bastos, pelo apoios e por seus ensinamentos e conselhos sempre tão oportunos e valiosos.

À prof. Dra. Magali Caldana e ao prof. Dr. Roosevelt Bastos, pelas importantes contribuições durante o exame de qualificação, onde foi apresentado o projeto deste estudo.

Aos docentes da FOB, Linda Wang, Daniela Rios e Heitor Marques, pela disponibilidade em ajudar, ora como professores, ora como amigos. Obrigada pela força e amizade.

À Selma Chaves Nunes, que tanto contribui para realização deste trabalho, ao disponibilizar parte do seu tempo e procurar esclarecer dúvidas junto à área técnica de saúde bucal do Ministério da Saúde. O meu agradecimento maior é mesmo por sua AMIZADE.

Às queridas, Juliane, Agueda e Franciny, que realmente estiveram ao meu lado nessa jornada, e assim demonstraram ser não somente colegas de pós-graduação, mas grandes amigas.

À Silvia Tonin, secretária do departamento de Saúde Coletiva, pela atenção e carinho com que sempre me atendeu e resolveu tudo que estava ao seu alcance. Você se é mais uma amiga que levo.

Aos amigos (as) que não fazem parte diretamente “deste mundo”, mas que no convívio diário sempre me ajudaram com palavras de carinho, apoio, ou até mesmo quando cuidaram de Catarina para que eu pudesse concluir este trabalho.

À Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, que permitiu meu afastamento das atividades docentes do Departamento de Saúde, para cursar o Doutorado em Bauru.

Enfim, a todos, inclusive a quem não mencionei, mas que de uma forma direta ou indireta tiveram sua contribuição.

Muito obrigada!

RESUMO

No começo do século XXI o Brasil iniciou mudanças importantes para o desenvolvimento de políticas de saúde bucal voltadas para necessidade da população brasileira, até então negligenciadas. A inserção das equipes de saúde bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a Política Nacional de Saúde Bucal constituíram-se importantes medidas em busca da transformação e do avanço das ações de saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, configura-se a necessidade em estabelecer uma estratégia de Vigilância em Saúde Bucal, com a institucionalização de meios de monitoramento e avaliação, através da inclusão de alguns indicadores de saúde bucal na atenção básica do SUS. Este estudo tem o propósito de fazer uma análise da saúde bucal no Brasil, a partir da coleta de dados secundários oficiais de 27 capitais brasileiras, disponíveis no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no período entre 2012 e 2013. Trata-se de um estudo do tipo ecológico de caráter descritivo, onde foram calculados indicadores de saúde, como cobertura estimada de equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, e alguns indicadores de saúde bucal da Atenção Básica, que neste caso, devido a falhas no SIAB, a análise ficou restrita a 18 capitais. Os resultados mostraram grande variação na cobertura de ESB da ESF, de 1,23% (Belém) em 2012 a 87,68% (Teresina) em 2013. E em se tratando da análise dos indicadores de saúde bucal na Atenção Básica das 18 capitais, a média da ação coletiva escovação dental supervisionada foi 30,13% em 2012, e 29,03% em 2013; a cobertura média da primeira consulta odontológica programática foi de 10,35% em 2012, e 11,27% em 2013; e a média de atendimentos de urgência odontológica por habitante foi a mesma (0,03) em 2012 e 2013. Já o indicador que mede a capacidade do serviço em concluir os tratamentos odontológicos iniciados, o pior resultado foi encontrado em João Pessoa (0,06 e 0,11) e o melhor em Palmas (0,79 e 0,74); enquanto que a média de instalações de próteses dentárias foi baixa em todas as capitais, sendo as maiores (0,06) em João Pessoa e Campo Grande, no ano de 2012. No geral, houve pouca variação dos indicadores entre 2012 e 2013. A identificação de problemas na obtenção e registro de dados no SIAB compromete a

utilização dos indicadores, e interfere na produção de informações consistentes e confiáveis que permitam a análise da atenção em saúde bucal no país.

Palavras-chave: Saúde bucal. Sistemas de informação em saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Analysis of oral health from the standpoint of Primary Health Information System

In the early 21st century, Brazil initiated important changes to the development of oral health policies targeted to the needs of the Brazilian population, which were neglected until then. The inclusion of oral health teams in the Family Health Strategy and the National Oral Health Policy were important measures in the search for transformation and advancement of oral health actions in the Brazilian Public Health System (SUS). However, there is the need to establish a strategy of Oral Health Surveillance, with the establishment of means for monitoring and evaluation, by the inclusion of some oral health indicators in the basic care of SUS. This study aimed to analyze the oral health in Brazil, based on collection of official secondary data from 27 Brazilian capitals, available in the Primary Health Information System (SIAB), in the period between 2012 and 2013. This was an ecological descriptive study and involved calculation of health indicators, including the estimated coverage of oral health teams in the Family Health Strategy, and some oral health indicators in Basic Care, in which case the analysis was restricted to 18 capitals due to failures in SIAB. The results revealed great variation in the coverage of ESB in the ESF, from 1.23% (Belém) in 2012 to 87.68% (Teresina) in 2013. Concerning the analysis of oral health indicators in Basic Care of the 18 capitals, the mean of collective action of supervised toothbrushing was 30.13% in 2012, and 29.03% in 2013; the mean coverage of the first programmatic dental consultation was 10.35% in 2012, and 11.27% in 2013; and the mean number of dental emergency attendances per inhabitant was the same (0.03) in 2012 and 2013. With regard to the indicator that assesses the service capacity to complete initiated dental treatments, the worst outcome was observed in João Pessoa (0.06 and 0.11) and the best in Palmas (0.79 and 0.74); while the mean number of placement of dental prostheses was low in all capitals, being the highest (0.06) in João Pessoa and Campo Grande, in the year 2012. In general, there was little variation in the indicators between 2012 and 2013. The identification of problems in data achievement and registry in SIAB compromises the utilization of indicators

and interferes with the production of consistent and reliable information that may allow the analysis of oral health care in the country.

Keywords: Oral Health. Health Information Systems. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- QUADROS

Quadro 1 - Relação de Indicadores de saúde bucal, com formas de cálculo e obtenção de dados, no período de 2006-2011.....	48
Quadro 2 - Método de Cálculo do Indicador de Cobertura populacional estimada das equipes de saúde bucal da estratégia de saúde da família.....	63
Quadro 3 - Método de Cálculo dos Indicadores de Saúde Bucal (Manual Instrutivo do Programa Nacional de Melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica - PMAQ).....	66

- FIGURAS

Figura 1 - Modelo de análise integrada da situação de saúde bucal nos municípios.....	50
Figura 2 - Seleção das capitais brasileiras que apresentaram todos os dados registrados no SIAB, entre 2012 e 2013, necessários para cálculo dos indicadores de saúde bucal.....	68

- GRÁFICOS

Gráfico 1 - - Distribuição do Indicador cobertura populacional estimada de equipes de saúde bucal nas capitais do território nacional, nos anos de 2012 e 2013, segundo dados do SIAB e IBGE....	71
Gráfico 2 - Distribuição do número de equipes de saúde bucal implantadas, segundo modalidade, nas capitais do território nacional, no ano de 2012.....	73
Gráfico 3 - Distribuição do número de equipes de saúde bucal implantadas, segundo modalidade, nas capitais do território nacional, no ano de 2013.....	73

Gráfico 4 -	Distribuição do Indicador Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada por capital, nos anos de 2012 e 2013.....	74
Gráfico 5 -	Registro mensal do número de pessoas participantes da escovação dental supervisionada, no município de Fortaleza, em 2012 e 2013.....	75
Gráfico 6 -	Registro mensal do número de pessoas participantes da escovação dental supervisionada, no município de Curitiba, em 2012 e 2013.....	75
Gráfico 7 -	Distribuição do Indicador Cobertura de primeira consulta odontológica programática por capital, nos anos de 2012 e 2013.....	76
Gráfico 8 -	Registro mensal do número de primeiras consultas odontológicas programáticas, no município de João Pessoa, em 2012 e 2013.....	77
Gráfico 9 -	Registro mensal do número de primeiras consultas odontológicas programáticas, no município de Aracaju, em 2012 e 2013.....	77
Gráfico 10 -	Distribuição do Indicador Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas por capital, nos anos de 2012 e 2013. A linha verde indica que todos os tratamentos iniciados foram concluídos.....	78
Gráfico 11 -	Distribuição do Indicador Médias de instalações de próteses dentárias por capital, nos anos de 2012 e 2013.....	79
Gráfico 12 -	Distribuição do Indicador Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante por capital, nos anos de 2012 e 2013.....	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Variação do Indicador cobertura populacional estimada de equipes de saúde bucal nas capitais do território nacional, entre os anos de 2012 e 2013.....	72
---	----

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ACS	Agente comunitário de saúde
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
APS	Atenção Primária em Saúde
AB	Atenção Básica
CD	Cirurgião-dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DAB	Departamento da Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EqSF	Equipe de Saúde da Família
GM	Gabinete Ministerial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
Nº	Número
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMA-C	Produção de Marcadores para Avaliação – Complementar
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNCCSF	Programa Nacional de Controle da Cárie Dental com o uso de Selantes e do Flúor
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PRECAD	Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dentária
PPT	Plano Preventivo Terapêutico
PSF	Programa de Saúde da Família
RIPSA	Rede Interagencial de Informação para a Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde

SB	Saúde Bucal
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIPACS	Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico de Higiene Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1	A Atenção Primária à Saúde.....	25
2.2	Informação em saúde: Imprescindível para consolidação de um sistema de saúde.....	28
2.3	A Informação em Saúde Bucal.....	38
2.4	A Trajetória da Saúde Bucal na Atenção Básica com a expansão da Estratégia Saúde da Família: Importância da avaliação.....	42
3	PROPOSIÇÃO	55
3.1	Objetivo geral.....	57
3.2	Objetivos específicos.....	57
4	METODOLOGIA	59
4.1	Características do estudo.....	61
4.2	Coleta de dados.....	61
4.3	Escolha e cálculo dos indicadores de saúde bucal.....	62
4.4	Tabulação e análise dos dados.....	67
5	RESULTADOS	69
5.1	Informações de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família.....	71
5.2	Indicadores de saúde bucal.....	74
5.2.1	Média da ação escovação dental supervisionada.....	74
5.2.2	Cobertura da primeira consulta odontológica programática.....	76
5.2.3	Razão entre tratamentos odontológicos concluídos e primeiras consultas odontológicas programática.....	78
5.2.4	Média de próteses dentárias instaladas.....	79
5.2.5	Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante.....	80
6	DISCUSSÃO	81
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	97

REFERÊNCIAS.....	103
ANEXOS.....	119

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

A saúde bucal no contexto da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) vem ganhando espaço como política pública, e a prova disso é que há pouco mais de uma década o Estado iniciou mudanças importantes para o desenvolvimento de políticas de saúde bucal voltadas para necessidade da população brasileira (NARVAI e FRAZÃO, 2009; TEIXEIRA et al, 2011; JACCOTTET et al, 2012; PEREIRA et al, 2012), uma vez que até então as ações de Saúde Bucal aconteciam de forma tangencial ao processo de organização dos demais serviços de saúde, não apresentando capacidade de resolver os principais problemas da população (NARVAI e FRAZÃO, 2008). Nesse sentido, destaca-se a inclusão da Odontologia na equipe da Estratégia Saúde da Família (NARVAI e FRAZÃO, 2009; JACCOTTET et al, 2012; PEREIRA et al, 2012), através das Portarias ministeriais nº 1.444 e nº 267, entre 2000 e 2001; e a publicação da Política Nacional de Saúde Bucal, no ano de 2004 (BRASIL, 2000; BRASIL, 2001; BRASIL, 2004a). Ambas constituíram um importante passo rumo à transformação e ao avanço das ações de saúde bucal no contexto do SUS (NARVAI e FRAZÃO, 2009; PEREIRA, 2009).

Nesse cenário, a Atenção Básica, sendo um nível estratégico do Sistema Único de Saúde (SUS), é considerada eixo de reorientação das ações da atenção à saúde, para mudança do modelo assistencial e organização dos serviços de saúde de forma hierarquizada e resolutive (BRASIL, 2006b; HEIMANN e MENDONÇA, 2005). E em termos de densidade tecnológica, a atenção básica apoia-se no uso de tecnologias leves para orientar o processo de cuidado (BRASIL, 2006b), e nesse processo a “informação em saúde” é uma dessas tecnologias leves (MERHY, 1997).

Partindo do princípio de que a “informação em saúde” é a principal ferramenta para realização da avaliação e do monitoramento sistemático das práticas de saúde (MORAES, 1994), e que estas constituem parte essencial do processo de planejamento e programação em um sistema de saúde (SALA, 1993; MOTA e CARVALHO, 1999); entende-se também que o fortalecimento e consolidação de um sistema de saúde depende do modelo de vigilância à saúde instituído (PAIM, 2003; NICKEL, 2008).

O processo histórico, marcado pela Reforma Sanitária e a Constituição de 1986, que desencadeou na criação do SUS, já previa a importância do processo avaliativo num sistema de saúde (SALA, 1993). De acordo com a Lei Orgânica da

Saúde nº 8.080 (BRASIL, 1990), era necessário um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo território nacional, que abrangesse questões epidemiológicas e de prestação de serviços, organizado pelo Ministério da Saúde em articulação com os níveis estaduais e municipais do SUS (BRASIL, 1990). Nesse documento a avaliação do sistema de saúde é colocada como função da gestão, tendo como objetivo o auxílio na tomada de decisão, na identificação de problemas, e na reorientação das ações de atenção à saúde (BRASIL, 1990). Desde então, sabe-se que é fundamental dispor de informações que forneçam subsídios para o aperfeiçoamento e consolidação do SUS; e nesse sentido o uso da informação em saúde é essencial para a construção de um modelo de vigilância à saúde. (PAIM, 2003)

Entendendo que a consolidação do SUS tem na Atenção Básica o ponto de partida e a base para vencer esse desafio, o Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, vem desenvolvendo ações com vistas a aperfeiçoar a utilização das informações geradas pelo Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) nos Sistemas Locais de Saúde (BRASIL, 2003a; BRASIL, 2004c). O objetivo é contribuir na ampliação do uso desse instrumento pelos profissionais e gestores, compreendendo-o no contexto das práticas de monitoramento e avaliação em saúde, destinadas à tomada de decisão técnica e política, que garanta a atenção em saúde com qualidade (BRASIL, 2003; BRASIL, 2004b).

Desde que foi lançada a Política Nacional de Saúde Bucal e apresentada as “Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal”, em 2004, já se tinha o entendimento da importância em acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, sendo necessário que dados referentes a estas ações fossem registrados de forma contínua no sistema de informação em saúde (BRASIL, 2004a).

Em 2011, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foi reformulado, e foram incluídos, pela primeira vez, campos para registro de ações desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal no âmbito na Atenção Básica (BRASIL, 2011a). Pode-se afirmar que tal fato marca mais um episódio da luta da saúde bucal por espaço dentro das políticas nacionais de saúde. Desde que as equipes de saúde bucal foram incorporadas à Estratégia Saúde da Família (ESF), foi solicitado a criação de uma ficha de registros (Ficha D - Saúde Bucal) para as ações

desenvolvidas pelos profissionais de odontologia dessas equipes (CARNUT et al, 2011; GOES e MOYSÉS, 2012b). A discussão em torno desse tema levou anos, com poucos avanços; e somente em 2012, dados de saúde bucal provenientes do preenchimento da Ficha D – Complementar passaram a ser registrados no SIAB (BRASIL, 2011a).

Considerando a importância da avaliação e do monitoramento das ações de saúde para consolidação de um sistema de saúde, e diante do avanço da Política Nacional de Saúde Bucal, que proporcionou acesso da população aos serviços odontológicos no SUS, principalmente no âmbito da Atenção Básica; este estudo partiu do pressuposto que os dados de saúde bucal, disponibilizados recentemente no SIAB, viabilizam a produção de informações em saúde bucal, através dos indicadores de saúde bucal da atenção básica, que por sua vez permitem uma análise da atenção em saúde bucal no país.

2 Revisão de Literatura

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A atenção primária é citada no documento final da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma-Ata no ano de 1978, como sendo:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

(OMS, 1978)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a Atenção Primária deve funcionar como elemento organizador e integrador de redes de serviços à saúde, buscando assegurar a continuidade do cuidado em saúde (OMS, 1978).

A atenção primária à saúde é compreendida como o primeiro nível de atenção à saúde o qual atende os agravos mais freqüentes e relevantes da população utilizando tecnologia de baixa densidade (BRASIL, 2006b). É considerada a principal entrada no sistema de saúde e deve fornecer continuidade na atenção ao indivíduo (STARFIELD, 2004).

No Brasil, o Ministério da Saúde, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), ao valorizar a Atenção Primária, define-a como Atenção Básica (AB), e este termo é utilizado para indicar o conjunto de ações que atende às principais demandas da população de um território delimitado (NICKEL, 2008), e seu conceito encontra-se claramente apresentada na Portaria MS nº648, de 28 de março de 2006:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade

existente no território em que vivem essas populações. [...] É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde (BRASIL, 2006, p. 71).

A implementação do SUS propiciou um aumento no acesso da população aos serviços de saúde relacionados à atenção primária, e isso fez com que fosse necessário organizar os serviços e o sistema de saúde em função das necessidades apresentadas. Diante das circunstâncias, era preciso expandir e estruturar a Atenção Básica (HEIMANN e MENDONÇA, 2005).

Nesse cenário, em 1994, foi proposta a política do Programa Saúde da Família (PSF), com o intuito de conseguir a transformação do modelo de atenção hegemônico no sistema de saúde brasileiro centrado na doença e na assistência médica individual (HEIMANN e MENDONÇA, 2005). Era preciso romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde, e passar a enxergar o indivíduo como parte integrante de um contexto mais amplo que é a família e a comunidade; dessa forma o PSF tinha como eixo central a estruturação e o fortalecimento da Atenção Básica (TRAD e BASTOS, 1998; BRASIL, 2006c). Desde então, o Programa Saúde da Família vem se destacando na agenda nacional como instrumento de reforma política de saúde, envolvendo mudanças no modelo de atenção, na organização do sistema de saúde e nas modalidades de alocação de recursos e de remuneração das ações básicas de saúde (MARQUES e MENDES, 2003; MACHADO et al, 2011).

A concepção teórica do PSF segue na perspectiva da integralidade da atenção no SUS, e adota o conceito ampliado de saúde como direito de cidadania, elegendo a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem na atenção à saúde; além de buscar a identificação do risco social e epidemiológico no território (BRASIL, 2006c).

Seguindo essa concepção, HEIMANN & MENDONÇA (2005) afirmam que é necessário trabalhar uma “noção mais sofisticada da Atenção Básica”, e isso implica em reconhecer a complexidade dos processos de atenção à saúde em todos os níveis; garantir atenção integral e de boa qualidade à população, por meio de ações articuladas de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação; e promover o reordenamento da demanda, com destaque para a promoção da saúde e adoção de mecanismos de referência para garantia de acesso a todos os serviços necessários.

Cabia ao PSF implementar esta “noção mais sofisticada da Atenção Básica”, e se constituir como a principal política de transformação do modelo assistencial (HEIMANN & MENDONÇA, 2005). Em 2006, através da Portaria nº 648, é aprovada a Política Nacional de Atenção Básica, que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Nesse texto é colocado que a “Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS”, apresentando como fundamentos:

- I – possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- II – efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- III – desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- IV – valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- V – realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
- VI – estimular a participação popular e o controle social.

(BRASIL, 2006b, p.13)

O Programa de Saúde da Família (PSF) passou por uma alteração de nomenclatura, passando a ser citado como Estratégia Saúde da Família (ESF), uma vez que o termo “programa” apontava para uma atividade com início e prazo para terminar, e sendo uma estratégia de reorganização do modelo de atenção, entende-se que não prevê um prazo para sua finalização (ABRUNHOSA, 2011).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada prioritária para a organização e desenvolvimento da atenção básica, assume de vez o papel de porta de entrada preferencial e torna-se responsável pelo ordenamento do sistema de saúde. Independente da presença da ESF, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem apresentar equipe multiprofissional composta minimamente por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (BRASIL, 2006b).

Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção Básica (PNSB) afirma que os gestores municipais são os responsáveis pela organização, execução e gerenciamento das ações em saúde no âmbito da atenção básica. Além de serem responsáveis pela elaboração de metodologias e instrumentos que permitam avaliar e monitorar a atenção básica, e assim definir estratégias para institucionalizar a avaliação nesse nível de atenção (BRASIL, 2007a).

Segundo Sala (2003), a avaliação em saúde, de caráter institucional, permite conhecer o desempenho do setor e aperfeiçoar os resultados de acordo com o contexto em que a instituição se insere, corrigindo os problemas detectados e possibilitando a conquista de novas metas. A consolidação do processo avaliativo é uma importante ferramenta de gestão nas esferas de governo e contribui para a qualificação da atenção à saúde (SILVA e FORMIGLI, 1994; NICKEL, 2008).

Sendo assim, vale acentuar a importância do monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde da atenção básica, e conseqüentemente a alimentação sistemática das bases de dados do Sistema Único de Saúde (MOTA e CARVALHO, 2003; SOÁREZ et al, 2005; HARTZ e VIEIRA-DA-SILVA, 2005; BRASIL, 2007a).

2.2 INFORMAÇÃO EM SAÚDE: IMPRESCINDÍVEL PARA CONSOLIDAÇÃO DE UM SISTEMA DE SAÚDE

“Não se gerencia o que não se mede, não se mede o que não se define, não se define o que não se entende, não há sucesso no que não se gerencia.”

William Edwards Deming

No Brasil, a produção científica na área de gestão e avaliação em saúde tem avançado nas últimas duas décadas, e não por acaso isso aconteceu após a Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, uma conquista do movimento pela Reforma Sanitária (LINS & CECÍLIO, 2007). A implementação de um novo sistema de saúde, o SUS, previa mudanças de práticas que iam desde a esfera federal até esfera municipal, e assim veio a necessidade de se conhecer cada vez mais sobre a saúde e as condições de vida da população, os estabelecimentos

de saúde, a gestão, a produção e o impacto dos serviços prestados (PAIM, 2003; ABRUNHOSA, 2011). Enfim, era preciso conhecer, obter informações que fornecessem subsídios para o aperfeiçoamento e consolidação do SUS (MOTA e CARVALHO, 2003; MORAES e GOMEZ, 2007; CAMARGO et al, 2007); e nesse sentido a informação em saúde constitui-se ferramenta imprescindível para exercício do controle social sobre as condições e ações de saúde (CHON, WESTPHAL e ELIAS, 2005; CARVALHO, 2009).

A expressão Informação em Saúde vem sendo usada largamente no campo da saúde pública por décadas, e teve seu ponto alto com o avanço dos estudos em epidemiologia e a necessidade de divulgar questões relacionadas à saúde das populações (MORAES, 1994). Nesse contexto destaca-se também o papel da Estatística, através do uso de instrumentos de predição e inferência de estados de saúde, é um importante aliado que tem ao seu lado o desenvolvimento das ciências da computação que por sua vez atuam na elaboração e manutenção dos sistemas de informação (MORAES e GOMEZ, 2007). De maneira geral, os sistemas de informação em saúde (SIS) são instrumentos usados para processar dados e produzir a informação (GOES e MOYSÉS, 2012).

Segundo a Organização Panamericana de Saúde,

Sistema de Informação em Saúde é o conjunto de componentes (estruturas administrativas, departamento de estatística de saúde, unidades de informação em saúde) que atuam de forma integrada e que têm por finalidade produzir a informação necessária e oportuna para implementar processos de decisões no sistema de serviços de saúde.

(ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1984).

O Sistema de Informação em Saúde tem como função a obtenção e seleção de dados para transformá-los em informação, através de meios próprios de coleta, registro, processamento e transmissão de informação (MORAES, 1994). A informação por sua vez é necessária na organização e operacionalização dos serviços de saúde e, também, na investigação e no planejamento com vistas ao controle de doenças (BRASIL, 1998; CAMARGO, COELI e MORENO, 2007). Nessa linha de entendimento sobre a importância da produção e utilização da informação num sistema de saúde, torna-se prudente esclarecer e distinguir dois conceitos básicos: “dado” e “informação”. Esses termos são rotineiramente utilizados, principalmente quando o assunto são sistemas de informação em saúde, entretanto

muitas vezes são empregados de forma equivocada; segundo Roncalli (2009, p.125) trata-se de termos correlatos, onde o “*dado*” é “*a base para gerar a informação*”.

Desta forma, define-se:

DADO – como um valor quantitativo referente a um fato ou circunstância, o número bruto que ainda não sofreu qualquer espécie de tratamento estatístico, ou a matéria-prima da produção da informação.

INFORMAÇÃO – como o conhecimento obtido a partir dos dados, o dado trabalhado ou o resultado da análise e combinação de vários dados, o que implica em interpretação. É uma descrição de uma situação real, associado a um referencial explicativo sistemático.

(BRASIL, 2005c)

De acordo com Junior (2007), a “informação” sempre advém de um “dado” que a origina. Ao fazer uma analogia com o processo fabril, pode-se dizer que o “dado” atua como matéria-prima e a “informação” como produto. O autor resume ao esclarecer esses dois termos, e diz que “dado” tem como característica a simples enumeração de eventos, enquanto a “informação” representa o tratamento matemático ou estatístico de determinado dado, e sendo assim o reflexo de uma situação específica da realidade observada. No caso da área de saúde, a “informação em saúde” pode ser classificada quanto à sua natureza: clínica, epidemiológica, administrativa e condições e vida (CARNUT et al, 2011).

E não tem como falar de sistemas de informação em saúde e não citar os “indicadores de saúde”, muito utilizados em Epidemiologia, e no campo da saúde coletiva tem relação com a avaliação das ações e serviços de saúde (RONCALLI, 2009). Os indicadores de saúde são definidos como medidas-síntese que contém informação expressiva sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, assim como do desempenho de um sistema de saúde, e em conjunto devem refletir a situação sanitária de uma população e servir de instrumento para a vigilância em saúde (OPAS, 2001). Segundo Roncalli (2004), quando dados reunidos e adequadamente trabalhados geram informação, podem assumir a característica de “indicadores”, e ser uma representação numérica, ou não, que tem o poder de indicar variações no espaço e no tempo, relativas a determinadas situações de saúde. Os conceitos de informação e indicador andam lado a lado, mas assim como “dados” não significam “informação”, também é importante ressaltar que

nem toda “informação” é um “indicador”, mas todo “indicador” é uma “informação” (RONCALLI, 2009).

A construção de um indicador não é um processo simples, e vários fatores influenciam na sua qualidade, dentre eles os componentes utilizados em sua formulação (frequência de casos, tamanho da população em risco) e a qualidade dos sistemas de informação (registro, coleta, transmissão dos dados) (LAURENTI, 1997). Ao criar um indicador, deve-se deixar claro o que se pretende medir, e qual é a utilidade desta informação (RONCALLI, 2009). A proposta é que os indicadores de saúde facilitem a quantificação e a avaliação das informações de maneira a viabilizar a análise do estado de saúde, através de dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, entre outros, constituindo-se matéria-prima para o estabelecimento de políticas e prioridades adequadas às necessidades da população (OPAS, 2001). Para tanto, devem ser instrumentos de fácil análise e interpretação, permitindo que sejam compreendidos por aqueles que necessitem da informação, sejam eles gestores, profissionais de saúde ou usuários do sistema de saúde; e aqui cabe destaque para a importância do acesso à informação em saúde para o exercício do controle social no SUS (BRASIL, 1998; 2004b; CHON et al, 2005; CARVALHO, 2009).

O desenvolvimento de políticas e ações de disseminação de informações em saúde voltadas para o controle social significa atingir aquelas pessoas que atuam efetivamente nos conselhos de saúde (CARVALHO, 2009). Entretanto, muitas vezes as informações disponibilizadas sob a forma de indicadores de saúde e tabelas não são facilmente compreendidas por todos os representantes que integram os conselhos de saúde, como é o caso do segmento dos usuários (CHON, WESTPHAL e ELIAS, 2005; CARVALHO, 2009). Diante disso, é preciso repensar uma maneira de expor as informações, para que estas sejam realmente compreendidas sem restrições por todos os conselheiros, e assim possam auxiliar no exercício de suas funções neste espaço democrático de participação popular (CARVALHO, 2009; BRASIL, 2009b).

Como é possível constatar, a informação é uma ferramenta fundamental para o gerenciamento de um sistema de saúde, seja ele público ou privado, e constitui parte integrante do planejamento, monitoramento e avaliação dos serviços de saúde (GOES e MOYSÉS, 2012). Na gestão de um sistema de saúde o primeiro passo é conhecer a realidade local (informação) para decidir as ações a serem

desenvolvidas e seguir no acompanhamento dessas ações através do monitoramento e avaliação constantes (CHON, WESTPHAL e ELIAS, 2005; BRASIL, 2005; 2009b). Pode-se afirmar, de maneira simplista e generalizada, que esta é a receita para a organização e gestão das práticas em qualquer sistema de saúde, atuar no campo da vigilância à saúde, juntamente com os sistemas de informação em saúde (CHON, WESTPHAL e ELIAS, 2005; CAMARGO, COELI e MORENO, 2007; MOYSÈS et al, 2013). Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve os sistemas de saúde como um conjunto de blocos interligados: i) prestação de serviços; ii) força de trabalho de saúde com bom desempenho; iii) funcionamento do sistema de informações de saúde; iv) provisão e acesso a produtos essenciais, tais como vacinas e tecnologias em saúde; v) financiamento adequado; vi) liderança e governança (WHO, 2007).

Diante do exposto, é preciso que os gestores da saúde considerem a necessidade de interligar as informações que perpassam pelos blocos que compõem um sistema de saúde, a fim de se obter um quadro geral de informações que subsidiem na definição de prioridades e organização do sistema (MORAES, 1994; MOTA e CARVALHO, 2003; MORAES, 2005; CAMARGO, COELI e MORENO, 2007). No Brasil, o Ministério da Saúde desenvolveu, nas últimas décadas, sistemas nacionais de informação sobre nascimentos, óbitos, doenças de notificação, atenção básica, imunizações, produção de procedimentos ambulatoriais, atendimento de alto custo, hospitalizações, estabelecimentos de saúde e orçamentos públicos. Estes sistemas de informação encontram-se sediados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS, e são considerados incontestáveis mananciais de Informações em Saúde, sendo por isso muitas vezes utilizados no ensino de saúde pública (BRASIL, 2004b; RIPSA, 2008; GOES e MOYSÉS, 2012). A implantação dos Sistemas de Informações em Saúde de base nacional ocorreu principalmente na década de 1990, mas é preciso citar que o marco inicial dessa jornada foi a implantação, em 1975, do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), bem como a criação do Grupo Técnico de Informação em Saúde, em 1986 (CAMARGO; COELI e MORENO, 2007).

Historicamente, os sistemas de informação em saúde (SIS) criados no Brasil, enfrentaram o problema de produzirem informações fragmentadas, resultado da atividade compartimentalizada das diversas instituições que atuavam no setor (MORAES, 1994; CAMARGO et al, 2007). As estatísticas de morbidade provinham

principalmente de serviços e programas verticais, como materno-infantil, saúde escolar, malária, tuberculose, hanseníase e controle de poliomielite, resultando na criação de vários bancos de dados que refletiam apenas o panorama e a tendência de cada evento (BRASIL, 2009b). Dessa forma, o que se tinha era uma grande quantidade de dados soltos, que não possibilitavam a produção de informação coerente e útil para subsidiar decisões para a política nacional de saúde, e muitas vezes a tentativa de coordenar as informações produziam resultados inconsistentes que não possibilitavam uma análise real da situação (BRASIL, 2009b).

Fica evidente que a simples produção e disponibilidade de grande quantidade de dados nem sempre são acompanhadas pelo desenvolvimento qualitativo dos sistemas de informação em saúde (CHON, WESTPHAL e ELIAS, 2005), muitas vezes faltam análises adequadas dos dados de maneira a oferecer respaldo para as ações decisórias nas políticas de saúde (BRASIL, 2004b). Diante dessa situação, identifica-se a necessidade de haver constante capacitação dos profissionais e articulação entre os setores atuantes nesta área, para que viabilizem a utilização mais efetiva das informações produzidas (RIPSA, 2008).

A utilização dos sistemas de informação como instrumentos de planejamento e gestão cresceu com a descentralização da Saúde, onde, através do processo da municipalização das ações de saúde, as administrações locais, que até então atuavam apenas alimentando os SIS, assumem novas responsabilidades no processo de organização e gestão desses sistemas integrados aos sistemas estaduais e locais, e assim cabe ao gestor, produzir (de forma ética) e utilizar as informações em saúde (BARROS e CHAVES, 2007; GOES e MOYSÉS, 2012). O acesso a banco de dados sobre desenvolvimento social (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDH-M e censo) e saúde (Sistemas de Informação em Saúde – SIM, SINASC, SINAN, SAI, SIA-SUS, SIAB, dentre outros), apresenta-se como uma maneira de obter informações que sejam importantes na implementação de políticas sociais e programas de saúde (TERRERI e GARCIA, 2001). Além destes, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apresenta importante papel na construção dos indicadores em saúde, pois disponibiliza informações referentes a variáveis demográficas e socioeconômicas (RIPSA, 2008).

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foi criado em 1998, a partir da ampliação do Sistema de Informações do Programa de Agentes Comunitários (SIPACS), e tem a função de consolidar a produção dos serviços

prestados no nível da Atenção Básica, em especial das Equipes de Saúde da Família (EqSF) (BRASIL, 2003a; 2004c). Sendo assim, o SIAB processa dados referentes ao cadastramento das famílias acompanhadas pelas equipes de saúde; da atenção à saúde e das condições mórbidas como hipertensão arterial, diabetes, tuberculose e hanseníase, e de acompanhamento da gestante e da criança (BRASIL, 2003a). É por meio do SIAB que muitas ações da Atenção Básica são definidas pela gestão, sendo considerado parte necessária da Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois contém dados que permitem o diagnóstico de saúde da comunidade, e que demonstra as intervenções realizadas pela equipe e os resultados alcançados (BRASIL, 2003a). Daí a importância dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica conhecerem e saberem utilizar o conjunto de dados processados pelo SIAB, como fonte de informação fundamental no processo de trabalho, seja para monitorar, e assim definir metas e identificar a necessidade intervenções na população das suas respectivas áreas de cobertura; ou ainda para avaliar o resultado do trabalho desenvolvido pela equipe (MOTA e CARVALHO, 2003; BRASIL, 2004c).

Os dados registrados no SIAB advêm das fichas de Cadastramento , de Acompanhamento Domiciliar e de Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações; e antes desses dados serem digitados no SIAB, são consolidados mensalmente em Relatórios, divididos em três blocos centrais. (BRASIL, 2003a)

Os instrumentos de coleta e consolidação de dados são organizados da seguinte forma:

Instrumentos de coleta de dados:

- Ficha para cadastramento das famílias - Ficha A (ANEXO A);
- Ficha para acompanhamento - Fichas B;
- Ficha de gestantes - Ficha B-GES;
- Ficha de hipertensos - Ficha B-HA;
- Ficha de diabéticos - Ficha B-DIA;
- Ficha de pessoas com tuberculose - Ficha B-TB;
- Ficha de pessoas com hanseníase - Ficha B-HAN;
- Ficha para acompanhamento da criança – Ficha C (Cartão da Criança);

- Ficha para registro de atividades, procedimentos e notificações - Ficha D (ANEXO B).

Instrumentos de consolidação dos dados:

- Relatório de consolidado anual das famílias cadastradas – Relatórios A1, A2, A3 e A4;
- Relatório de Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias – Relatório SSA2 e SSA4;
- Relatório de Produção e Marcadores para Avaliação – Relatório PMA2 (ANEXO C) e PMA4.

Não se pode negar que este arsenal de dados registrados no SIAB possa tornar-se uma fonte rica de informações em saúde, que pode ser utilizado tanto no processo de trabalho das equipes de saúde que atuam na Atenção Básica, como para outros órgãos governamentais, ou ainda para as comunidades acadêmicas que realizam pesquisas nas áreas de saúde, em especial na área de saúde coletiva (BRASIL, 2003; MOTA e CARVALHO, 2003).

Em 2004, o Ministério da Saúde, levantou a questão da necessidade de realizar o Monitoramento e Avaliação das atividades realizadas na Atenção Básica, a partir da exploração de variáveis disponíveis no SIAB, propondo para tanto a criação de uma matriz de indicadores, que apresentasse informações necessárias para tomada de decisão técnica e política, garantindo a qualidade da atenção em saúde e, conseqüentemente, a consolidação do SUS. (BRASIL, 2004c)

Não obstante, alguns autores já relataram que realizar monitoramento e avaliação de atividades num serviço de saúde, requer um sistema de informação que tenha boa capacidade de operacionalização (BARROS e CHAVES, 2003; CAMARGO, COELI e MORENO, 2007; CARVALHO, 2009; RONCALLI, 2009; SILVA e FORMIGLI, 1994). E embora se tenha o entendimento de que os dados gerados pelo SIAB sejam insuficientes para avaliar um sistema de saúde como um todo, por outro lado eles são essenciais para orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde, na medida em que permitem monitorar a situação de saúde da população, o trabalho em saúde e os resultados das ações desenvolvidas (BRASIL, 2004c).

Nesse sentido, Merhy (2002) reitera que a implantação de um processo de monitoramento envolve a articulação de uma proposta de natureza técnico-político, com a prática dos sujeitos que estão executando e usufruindo às ações de saúde. Ainda segundo o autor, na Atenção Básica, conseguir executar práticas de monitoramento e avaliação nessas condições, requer superação de concepções tradicionais sobre o caráter burocrático dos sistemas de informação em saúde, uma vez que uma grande quantidade dos dados produzidos é encaminhada para outros níveis organizacionais, sem que sejam ao menos usados para o planejamento e avaliação das ações pelo nível local. Além disso, existe uma necessidade clara de introduzir mudanças profundas no dia-a-dia do trabalho, de maneira que a informação seja admitida como instrumento de análise e de ação, sendo incorporada no contexto das práticas assistenciais (MERHY, 2002).

De Salazar (2007) afirma que avaliar práticas de saúde com o objetivo de apoiar a gestão da atenção primária em saúde requer o uso de metodologias que permitam avaliar não somente os resultados e impacto das intervenções, mas também todo o processo político-social.

Na esfera da Atenção Básica do SUS, pode-se dizer que uma das principais iniciativas de institucionalizar a avaliação em serviços de saúde no Brasil ocorreu com a proposta de “Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família” (AMQ) (BRASIL, 2005d). Considerando que a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 1994, tinha como desafio a mudança do modelo de atenção à saúde no país (TRAD e BASTOS, 1998). Passado uma década, e detectado um crescimento exponencial do número de equipes de saúde da família implantadas, o novo desafio se constituía em promover a consolidação desse modelo de atenção, por meio de ações, projetos e políticas que prestassem uma atenção em saúde com qualidade (BRASIL, 2006c). Foi então que o Ministério da Saúde estruturou uma proposta de avaliação, objetivando estabelecer parâmetros de qualidade para a ESF, utilizando a avaliação como instrumento de gestão e tomada de decisão, estabelecendo um compromisso com a qualidade na atenção à saúde. (BRASIL, 2005d) Sua metodologia propõe que os próprios atores envolvidos com a estratégia em seus diferentes âmbitos possam avaliá-la de maneira sistêmica e integrada, com vistas ao aprimoramento gerencial, técnico e científico (BRASIL, 2005d).

No curso desta história, o Ministério da Saúde aprovou a Relação de Indicadores da Atenção Básica em 2006, através da Portaria Nº 493/GM, que deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde, constituindo instrumento nacional de monitoramento das ações de saúde referentes a esse nível de atenção; com vistas à melhoria no desempenho dos serviços da atenção básica e situação de saúde da população (BRASIL, 2006a).

Diante do exposto, a assertiva de que a informação em saúde é fundamental para planejar e avaliar as políticas de saúde é indiscutível (MORAES e GOMEZ, 2007). De acordo com Chon, Westphal e Elias (2005), a informação auxilia no planejamento no momento que permite definir o que é prioridade, a partir da identificação dos recursos financeiros, materiais e humanos disponíveis, e assim organizar as práticas a serem implementadas no sistema de saúde que servirá à população, seja a nível local, regional ou nacional. Contudo, persiste a inquietação de conseguir aproveitar melhor as informações geradas, considerando que não basta ampliar o uso das informações em saúde, é indispensável que haja capacitação continuada de gestores locais e profissionais de saúde, para que possam não somente acessar as informações, mas também estarem aptos a realizar análises da situação de saúde no âmbito local (CAMARGO; COELI e MORENO, 2007; CARVALHO, 2009).

Nessa conjuntura, é muito pertinente frisar que a informação deve ser baseada em dados válidos e confiáveis, que possibilitem uma análise real da situação; o mero registro de dados ou a construção indiscriminada de sistemas de informações nem sempre resulta em informação em saúde que sirva de referência para a tomada de decisões e programação de ações de saúde (MORAES, 1994).

Todavia, mesmo com a identificação de tantas fragilidades, deve-se reconhecer a importância dos sistemas de informação em saúde, assim como dos dados neles registrados, pois representam fontes essenciais para o processo de vigilância à saúde, para o desenvolvimento de pesquisas, para avaliação de programas e serviços de saúde (BRASIL, 2003a). Diante disso, é inevitável que se destinem esforços visando sanar as limitações apresentadas pelos sistemas de informação em saúde (SIS) em funcionamento no Brasil, de maneira que é preciso: criar mecanismos rotineiros de avaliação e controle dos dados produzidos; promover a intercomunicação entre os diversos SIS; investir na qualidade da infraestrutura de informática nos municípios; fortalecer a informação no nível local (municípios); não

focar apenas no registro de informações referentes à população assistida pelo sistema de saúde; e por fim, viabilizar a participação popular no uso das informações (GOES e MOYSÉS, 2012a).

Ainda reforçando a importância dos sistemas de informação em saúde na administração pública, Colussi (2010) justifica a necessidade e a importância de criação dos indicadores de saúde no processo de avaliação, que dentre outros motivos, aumentam a transparência da gestão e, desta forma, facilitam o diálogo entre os mais diversos grupos sociais organizados. Se os indicadores são, por um lado, importantes ferramentas gerenciais de gestão para a administração pública, são por outro, um instrumento fundamental para a fiscalização, controle e acompanhamento da gestão pública por parte dos movimentos populares (COSTA e CASTANHAR, 2003; CHON, WESTPHAL e ELIAS, 2005; CAMARGO, COELI e MORENO, 2009; CARVALHO, 2009). E foi seguindo essa diretriz de participação social, que o movimento pela Reforma Sanitária construiu o arcabouço institucional e decisório para o SUS (MACHADO et al, 2011).

2.3 A INFORMAÇÃO EM SAÚDE BUCAL

As informações também são ferramentas indispensáveis na implementação de políticas, na reorganização e no controle das ações de saúde bucal (TERRERI e GARCIA, 2001). Nesse sentido, o Brasil é um país que ainda apresenta deficiência ao disponibilizar informações referentes à saúde bucal, este fato é menos evidente quando se trata de informações advindas dos levantamentos epidemiológicos em saúde bucal (RONCALLI, 2009; CARNUT et al, 2011); mas no quesito registro de dados relativos à atenção em saúde bucal no SUS, somente o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) (BARROS e CHAVES, 2003; CHAVES e VIEIRA-DA-SILVA, 2007) e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) exercem essa função (GOES e MOYSÉS, 2012b).

No campo da vigilância em saúde é sabido que a epidemiologia, através dos estudos transversais, é um importante componente para dispor de informações que façam um diagnóstico da situação de saúde da população (PAIM, 2003). No

caso da saúde bucal não é diferente, e os inquéritos populacionais são fundamentais para levantar dados dos principais agravos em saúde bucal (RONCALLI, 2009).

As informações epidemiológicas podem ser obtidas a partir da coleta de dados primários, como os inquéritos (ou levantamentos) de saúde (VIACAVA, 2002). E nesse caso, a saúde bucal no Brasil disponibiliza de informações válidas de dois importantes levantamentos nacionais: o SBBrasil 2003 e o SBBrasil 2010 (GOES e MOYSÉS, 2012).

Os primeiros levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil ocorreram em 1986 e 1996, respectivamente, mas ambos apresentaram problemas relativos ao plano amostral e restrições referentes aos dados coletados (OLIVEIRA, 2006). Entretanto não se pode ignorar que mesmo com algumas deficiências, foram gerados dados importantes para construção do banco de dados em saúde bucal (RONCALLI, 2009).

Com o intuito de dar continuidade na obtenção de dados de saúde bucal, e com isso obter informações que subsidiasse a proposta de mudanças que alterassem o quadro desfavorável das condições de saúde bucal da população brasileira, foi realizado, em 2002-2003, um levantamento epidemiológico de ampla cobertura, intitulado “SB Brasil: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira”. O objetivo era coletar dados representativos da população brasileira, de maneira que fossem geradas informações suficientes para auxiliar no planejamento e avaliação das ações de saúde bucal na gestão do SUS (BRASIL, 2005b). E de forma positiva, os resultados desse estudo serviram de embasamento epidemiológico para construção da Política Nacional de Saúde de Bucal (PNSB), em 2004, conhecida como Brasil Sorridente (RONCALLI, 2009; GOES e MOYSÉS, 2012a). Nesse contexto, o documento técnico “Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal”, reconhece e frisa a necessidade de ter informações geradas a partir de levantamentos epidemiológicos para o planejamento de práticas de saúde bucal em todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2004a). Nele foi citada também a necessidade de se ter indicadores adequados, de registros fáceis, confiáveis e contínuos; para acompanhar o impacto das ações de saúde bucal (BRASIL, 2004a; RONCALLI, 2009).

Todavia para o planejamento das ações locais de saúde bucal, como a exemplo das Unidades de Saúde da Família (USF), os dados nacionais apresentam limitações quanto à inferência estatística para o nível local, forçando a Equipe de

Saúde Bucal a realizar seu próprio levantamento local, caso queira dispor de informação epidemiológica confiável (GOES, 2008).

Outra forma de se obter informações em saúde é por meio da coleta de dados secundários, através do uso dos Sistemas de Informação em Saúde (TAUIL, 2004). Com a implantação do SUS, foi necessária a criação de vários desses sistemas para que fornecessem informações regulares aos diversos níveis de gestão do sistema e assim, auxiliassem na tomada de decisão (MOTA e CARVALHO, 2003).

Contudo, a falta de organização política e a escassez de dados de saúde bucal disponíveis nos Sistema de Informação em Saúde (SIS) do SUS, dificultavam a existência de Indicadores de saúde bucal (RONCALLI, 2009). Os únicos registros sobre a assistência em saúde bucal eram disponibilizados no SIA-SUS; um sistema de informação desenvolvido em 1991, que tinha como unidade de registro o procedimento ambulatorial realizado pelo cirurgião-dentista: consulta, aplicação de flúor, escariação, restauração, exodontia, dentre outros (MOTA e CARVALHO, 1999). Nesse seguimento, o SIA-SUS fornecia informações para uma análise quantitativa das ações de saúde bucal, através do acompanhamento da produção ambulatorial odontológica, o que permitia a construção de alguns indicadores quantitativos das ações desenvolvidas, e que deveria servir para orientar a avaliação da organização da saúde bucal nos municípios (BARROS e CHAVES, 2003).

Sabe-se que essa deficiência de dados de morbidade bucal nos Sistemas de Informação em Saúde implantados do SUS, interfere negativamente em aspectos importantes da atenção à saúde bucal na atenção básica (CARNUT et al, 2011); tais como: planejamento das ações, organização da demanda por serviços de assistência (BALDANI e ANTUNES, 2011), e avaliação do impacto da atenção à saúde bucal sobre a população do território adstrito (ANTUNES e NARVAI, 2010).

Diante disso, e na carência de uma estratégia de Vigilância em Saúde Bucal, o Ministério da Saúde, em 2006, mediante Portaria nº 493 definiu os Indicadores do Pacto da Atenção Básica, dentre eles: Cobertura de primeira consulta odontológica programática, e Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada; e em 2010, a Portaria nº 3.480, incluiu os indicadores Cobertura populacional estimada das equipes de saúde bucal implantadas na Estratégia de Saúde da Família, e Média da ação coletiva / escovação supervisionada; no Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006; 2010b). Desta

forma, foram definidos Indicadores de saúde bucal, construídos a partir de dados dos SIS do SUS, podendo ser utilizados como ferramentas para o planejamento, avaliação e monitoramento das ações de saúde bucal na atenção básica (BRASIL, 2010b; PALMIER, 2012).

Apesar dos esforços da Política Nacional de Saúde de Bucal, em evidenciar a importância de se obter informações de saúde bucal, pouco se evoluiu no que concerne aos sistemas de informação do SUS (RONCALLI, 2009). Por outro lado, no campo epidemiológico os ganhos foram consideráveis, pois a realização do maior e mais completo levantamento epidemiológico em saúde bucal no contexto nacional, o SB Brasil 2010, em 2011, possibilitou um diagnóstico da saúde bucal dos brasileiros, através da apresentação dos principais indicadores epidemiológicos de saúde bucal, além de ampliar a construção de uma série histórica de dados epidemiológicos em saúde bucal (BRASIL, 2011c).

Paralelo a isso, e com a inserção das equipes de saúde bucal (ESB) na ESF a partir de 2002, foi iniciada uma discussão em torno da implantação da Ficha D – Saúde Bucal (ANEXO B), onde deveriam ser registrados os dados referentes à produção da equipe de saúde bucal (CARNUT et al, 2011). Entretanto essa discussão se alongou por anos, e enquanto o SIAB consolidava a produção de serviços pela Equipe de Saúde da Família (EqSF), o registro da produção da equipe de saúde bucal (ESB) se restringia aos procedimentos coletivos (GOES e MOYSÉS, 2012b). Em 2007, o Ministério da Saúde, com o intuito resolver essa situação, e após extensas discussões com gestores estaduais e municipais, consulta pública via internet com ampla participação de entidades e serviços de saúde e após concordância do Comitê Nacional de Vigilância à Saúde Bucal, propôs a formulação da Ficha D-Saúde Bucal (FichaD-SB) na qual o registro das atividades de saúde bucal seria agregado ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), utilizando essa ficha para fins de planejamento, monitoramento e avaliação das equipes de saúde bucal (BRASIL, 2007b). Mas mesmo assim, nem tudo estava resolvido, uma vez que os cirurgiões-dentistas foram inseridos tardiamente na ESF, e apresentavam dificuldades em usar as informações em saúde no cotidiano do seu processo de trabalho, principalmente no quesito acesso do usuário, que esbarra num problema histórico da odontologia que é a organização da demanda (ROCHA e GOES, 2008).

Considerando as dificuldades enfrentadas no campo da saúde bucal no que tange a obtenção de dados de morbidade bucal nos Sistemas de Informação em Saúde no SUS, Carnut et al (2011) realizou um estudo onde relatou os resultados obtidos a partir da utilização da Ficha D-SB (ANEXO B), como instrumento de captação de dados geradores de “informações em saúde bucal” de áreas adstritas à Estratégia Saúde da Família. Os autores reconheceram que a Ficha D-SB pode servir para caracterizar as atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal (ESB), mas frisa que a implementação dessa ficha deve ser viabilizada pelo Ministério da Saúde, de maneira que os dados contidos nela sejam disponibilizados nos sistemas de informação em saúde do SUS, e dessa forma possam ser utilizados como ferramenta para a organização e consolidação do processo de trabalho das equipes de saúde bucal na ESF.

Todavia, somente a partir de 2011, quando o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) passou por um processo de reformulação, alguns dados referentes às ações desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal no âmbito da Atenção Básica, passaram a ser registrados (BRASIL, 2011a).

São informações relativas às atividades/produção das equipes de saúde bucal, como: Número de primeiras consultas odontológicas programáticas; número de pessoas participantes da escovação dental supervisionada; número de tratamentos odontológicos concluídos; número de primeiras consultas odontológicas à gestante; número de atendimentos de urgência odontológica; e número de próteses dentárias instaladas no nível da atenção básica. Além disso, consta nos registros do SIAB, o número de encaminhamentos de saúde bucal para atenção secundária, e o número de diagnósticos de alteração da mucosa (BRASIL, 2012b).

2.4 A TRAJETÓRIA DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA COM A EXPANSÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO

Historicamente, no Brasil, as práticas de saúde bucal no SUS se deram de forma paralela e distante da estrutura organizacional dos demais serviços de saúde, refletindo numa participação quase que ausente, com práticas isoladas e

verticalizadas, de baixa cobertura, e sem impacto na saúde bucal da população (NARVAI, 2002; NICKEL, 2008; BRASIL, 2008).

Nesse contexto histórico desfavorável para saúde bucal, as primeiras manifestações consideradas precursoras para criação de políticas de saúde bucal, foram as realizações das 1ª e 2ª Conferências Nacionais de Saúde Bucal, em 1988 e 1992, respectivamente. Contudo a resposta do governo federal à época foi a criação de programas de saúde bucal executados de maneira vertical e centralizados numa esfera do governo; como foi o caso do “Programa Nacional de Controle da Cárie Dental com o uso de Selantes e do Flúor” (PNCCSF) e o “Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dentária” (PRECAD); ambos com práticas distantes e na contramão do que propunha o SUS, ou seja, definidos em contraposição à unificação e à descentralização do sistema de saúde, constituídos exigências da Constituição da República, promulgada em 1988 (NARVAI e FRAZÃO, 2008; 2009).

A adoção do Programa de Saúde da Família, em 1994, como modelo assistencial que visa à reorganização da Atenção Básica no país, foi um marco nas políticas públicas de saúde (TRAD e BASTOS, 1998; BRASIL, 2006c; MACHADO et al, 2011). E nesse sentido, a atenção em saúde bucal no âmbito do SUS foi, em sua maior parte, provida na atenção básica através da inserção das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, desde a regulamentação das Portaria GM/MS nº. 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios (BRASIL, 2000); seguida pela Portaria GM/MS nº. 267, de 6 de março de 2001 que regulamentava as normas e as diretrizes de atuação das equipes de saúde bucal neste modelo assistencial (BRASIL, 2001).

Diante do exposto, pode-se afirmar que a partir da publicação das Portarias ministeriais acima citadas, ocorreu no Brasil uma inovação na trajetória da saúde bucal, como política pública (NARVAI e FRAZÃO, 2008), e desde então a atuação das equipes de saúde bucal na ESF é foco de discussões no que tange a melhoria e ampliação do acesso da população brasileira aos serviços odontológicos na esfera do SUS (ABREU, 2008; BALDANI e ANTUNES, 2011; MARQUES e MENDES, 2003; NAKAGAWA, 2011; PEREIRA et al, 2009; SILVA, 2008; SOUZA e RONCALLI, 2007).

Sendo assim, foi formulado o Plano de Reorientação das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica e a odontologia passou a integrar a Estratégia Saúde da Família, por meio de duas modalidades: a equipe de saúde bucal (ESB) modalidade I, composta pelo Cirurgião-Dentista (CD) e um Auxiliar de Consultório Dentário (ACD); e a equipe de saúde bucal (ESB) modalidade II, que compreende um CD, um ACD e um técnico em higiene dental (THD); tendo como justificativa a necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal da população brasileira e ampliar o acesso à atenção em saúde bucal (BRASIL, 2001). Após regulamentação das profissões do pessoal auxiliar em odontologia, o ACD passou a Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), e o THD passou a técnico de saúde bucal (TSB).

Pode-se constatar que a admissão da saúde bucal na agenda de prioridades do governo federal demorou a acontecer. Foi necessário mais de uma década após a realização da I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) e do I Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal, ambos ocorridos em 1986, quando já se denunciava a precariedade da situação de saúde bucal da população e da exiguidade de atenção nessa área; para que decisões políticas voltadas para saúde bucal fossem tomadas (MACHADO et al, 2011).

No curso dessa trajetória, em 2004, foi instituída a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Seus princípios, além daqueles já expressos constitucionalmente, incluem a gestão participativa de representantes de usuários, trabalhadores e prestadores; acesso universal à assistência; a ética em saúde; o acolhimento ao usuário; o vínculo profissional-usuário; e a responsabilidade profissional (BRASIL, 2004a).

Nesse período, marcado por uma preocupação em conhecer amplamente o quadro epidemiológico de saúde bucal no país, e pela iniciativa do governo federal em incentivar financeiramente a implantação de equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, é apresentado um documento de natureza técnica constando as “Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal”. Nele ficou clara a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços, devendo está pautado num conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para construção de práticas efetivamente resolutivas (BRASIL, 2004a). Evidenciando assim, a importância do conhecimento epidemiológico para orientação das práticas em saúde bucal. Dentre os pressupostos das “Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal” pode-se destacar:

- Assumir o compromisso de qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade, independentemente da estratégia adotada pelo município para sua organização;
- Garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável dessa;
- Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência;
- Utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento —deve-se buscar que as ações sejam precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações, através da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde;
- Acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos;
- Centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença, atuação intersetorial e ações sobre o território;
- Incorporar a Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica;
- Definir política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação para que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS. Estabelecer responsabilidades entre as esferas de governo, com mecanismos de cooperação técnica e financeira, visando à formação imediata de pessoal auxiliar, para possibilitar a implantação das equipes de saúde bucal na ESF;
- Estabelecer política de financiamento para o desenvolvimento de ações visando à reorientação do modelo de atenção.
- Definir uma agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal, bem como desenvolver novos produtos e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços públicos de saúde bucal, em todos os níveis de atenção.

(BRASIL, 2004a, p.4-5)

Nessa linha de avanços significativos da política de saúde bucal no setor público de saúde, concomitantemente acontece, em 2004, a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), espaço de importantes discussões e elaboração de propostas, considerada um referencial fundamental na formulação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), assim como os dados epidemiológicos apresentados pelo “SB Brasil: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira” (NARVAI e FRAZÃO, 2009). A PNSB, também batizada de política do Brasil Sorridente, foi desenvolvida com a proposta de produzir mudanças que assegurem o acesso a ações e serviços de saúde bucal de qualidade a todos os brasileiros; é considerada “uma política de ampliação e qualificação da atenção em saúde bucal em todos os níveis, que busca assegurar inclusive atendimento de maior

complexidade” (GOES e MOYSÉS, 2012, p. 26). Vale ressaltar que o Programa Brasil Sorridente, foi desenvolvido consubstanciado no documento “Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal”.

Até o momento a Política Nacional de Saúde Bucal, formulada pelo Ministério da Saúde, vem apresentando um balanço positivo, principalmente no que concerne a ampliação da atenção em saúde bucal (MACHADO et al, 2011; GOES e MOYSÉS, 2012a). Houve um crescimento exponencial de profissionais de saúde bucal atuando no nível da atenção básica em saúde; diminuiu o número de municípios sem assistência odontológica; os consultórios odontológicos, antes concentrados nas escolas públicas, foram realocadas para a rede básica de assistência à saúde, um sinal de rompimento com a “lógica excludente do sistema incremental” voltado para escolares; parte da população que não tinha acesso aos serviços odontológicos passaram a exercer seu direito através de programações específicas organizadas segundo os ciclos de vida, características étnicas e o contexto social; os programas de aplicação tópica de flúor e escovação supervisionada passaram a receber recursos financeiros regulares do Fundo Nacional de Saúde; a inserção das ESB na ESF e finalmente, a criação dos centros de referência odontológica na atenção secundária, conhecidos como Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (NARVAI e FRAZÃO, 2009; GOES e MOYSÉS, 2012a).

Sem dúvida, a PNSB – Brasil Sorridente – carimbou a Política de Saúde do país, dada sua importância no cenário nacional, uma vez que é assumida como prioridade do Governo Federal, como confirmaram Machado et al (2011), e ressaltaram a PNSB como marco governamental fundamental por viabilizar mudanças substantivas na área, atendendo reivindicações históricas tantas vezes apresentadas nas Conferências Nacionais de Saúde Bucal, e que tem como objetivo melhorar as condições de saúde bucal da população (ANTUNES e NARVAI, 2010; MACHADO et al, 2011).

Nesse cenário, as ações de saúde bucal no campo da atenção básica do SUS estão mais fortemente representadas pelo trabalho das equipes de saúde bucal implantadas na Estratégia de Saúde da Família (MACHADO et al, 2011; PEREIRA et al, 2012).

A expansão do número de equipes de saúde bucal na ESF no Brasil é crescente, e de acordo com dados do Ministério da Saúde, 21.425 equipes de saúde

bucal foram implantadas até dezembro de 2011, considerando que em 2002 esse número era de 4.261, constata-se que no período entre 2002 e 2011, o número de equipes de saúde bucal implantadas representou um aumento de mais de 400%, com uma cobertura populacional que ultrapassa 85 milhões de pessoas (MACHADO et al, 2011; GOES e MOYSÉS, 2012; BRASIL, 2012). Esse crescimento e a geração de mudanças em torno da prestação de serviços odontológicos no setor público são indiscutíveis, entretanto ainda não se sabe o suficiente sobre a capacidade de resposta desses serviços (TEIXEIRA et al, 2011). As informações em torno do monitoramento e avaliação dos serviços prestados por essas equipes, bem como, a produção de possíveis impactos na saúde bucal da população, ainda são escassas (PEREIRA et al, 2009).

Diante deste painel de mudanças, o Ministério da Saúde, em 2003, deu início a um processo de discussão em torno da construção de uma política nacional de monitoramento e avaliação para a atenção básica, considerando que a institucionalização da avaliação possibilita bases de informação para serem utilizadas nos processos decisórios, subsidia a identificação de problemas, podendo ainda medir o impacto das ações de saúde implementadas na população (BRASIL, 2005a).

Seguindo nessa perspectiva, e lembrando que a Política Nacional de Saúde Bucal está centrada na promoção e na vigilância em saúde bucal, Kusma, Moysés e Moysés (2012) coloca que é preciso aprimorar e investir em estratégias avaliativas que suportem a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde bucal.

Uma das primeiras iniciativas da PNSB de estabelecer uma estratégia de Vigilância em Saúde Bucal foi com a implementação dos Indicadores do Pacto da Atenção Básica, estabelecidos na Portaria nº 493, em 2006, com a apresentação dos indicadores: Cobertura de primeira consulta odontológica programática, e Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada (BRASIL, 2006a; RONCALLI, 2009). Contudo, o indicador de saúde bucal não esteve presente no Pacto pela Vida no biênio 2010-2011, e em dezembro de 2010, através da Portaria nº 3.480 foram propostos a inclusão dos indicadores de saúde bucal: Cobertura populacional estimada das equipes de saúde bucal implantadas na Estratégia de Saúde da Família, e Média da ação coletiva / escovação supervisionada; para serem incluídos no Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2010).

Considerada uma medida essencial para o fortalecimento da saúde bucal na Atenção Básica, além de organizar e direcionar esses serviços. A descrição das fórmulas de cálculo e fonte de dados desses indicadores está descrita no quadro 1.

Ano	Indicadores de saúde bucal	Fonte	Método de cálculo
2006 a 2009	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS-SIA/SUS Base demográfica do IBGE	Número total de primeiras consultas odontológicas programáticas dividido pela população alvo x 100
2009	Cobertura da ação coletiva / escovação dental supervisionada	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS-SIA/SUS Base demográfica do IBGE	Média anual de participantes na escovação supervisionada dividida pela população-alvo x 100
2010	Sem indicadores		
	Cobertura da ação coletiva / escovação dental supervisionada	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS-SIA/SUS Base demográfica do IBGE	Média anual de participantes na escovação supervisionada dividida pela população-alvo x 100
2011	Cobertura populacional estimada das equipes de saúde bucal da ESF	Histórico de cobertura da Saúde da Família: DAB/SAS disponível no site: http://200.214.130.35/dab/historico_cobertura_sf.php	Nº de ESB da ESF implantadas x 3.450 pessoas / População total no mesmo local e período x 100

Quadro 1 – Relação de Indicadores de saúde bucal, com formas de cálculo e obtenção de dados, no período de 2006-2011.

Fonte: Brasil, 2006a; 2010b.

Os números para cálculo desses indicadores são retirados dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), onde são registrados dados referentes às ações de saúde de cada município do território nacional, sendo considerados importantes ferramentas para avaliação das ações de saúde (BARROS e CHAVES, 2003; MOYSÉS, 2013).

No final de 2011, o SIAB passou por um processo de mudança e anunciou uma nova versão (SIAB 6.4) onde foram incluídos campos que seriam preenchidos por ações desenvolvidas pelas equipes de saúde no âmbito da Atenção Básica, mas que até então não eram registradas (BRASIL, 2011b). Essas mudanças aconteceram com intuito de atender às necessidades do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), uma estratégia de melhoria da Política Nacional da Atenção Básica, que demandava de instrumentos para realizar o monitoramento e avaliação das ações de saúde (BRASIL, 2012b). Para tanto foram criados indicadores de saúde, dentre eles Indicadores de Saúde Bucal (BRASIL, 2012b). Os principais dados para cálculo desses indicadores de saúde bucal são registrados diariamente pelo cirurgião-dentista na Ficha D - Complementar (ANEXO B) e compreendem ações realizadas na população cadastrada na área de abrangência da equipe de saúde bucal, são eles: 1ª Consulta odontológica programática; escovação dental supervisionada; tratamento concluído; urgência; instalações de próteses dentárias (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2013; GOES e MOYSÉS, 2012). Essas informações são mensalmente consolidadas e constam no Relatório de Produção e de Marcadores para avaliação – Complementar (PMA2-C) no campo *Tipos de Atendimento do Cirurgião-Dentista* (ANEXO C) (BRASIL, 2012b).

No Brasil, a utilização de instrumentos como o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) e o Pacto de Indicadores para avaliar o desempenho das equipes de saúde bucal ainda é limitada (BARROS e CHAVES, 2003). As avaliações de abrangência nacional com relação ao efeito do serviço público odontológico sobre as desigualdades nos indicadores de saúde bucal ainda são muito reduzidas (SOUZA e RONCALLI, 2007; PALMIER et al, 2012).

Nesse sentido, Goes e Moysés (2012b) propõem um modelo integrado de análise da situação de saúde bucal para ser desenvolvido nos municípios, onde os dados coletados são gerados a partir do SIAB e de levantamentos epidemiológicos de saúde bucal, incorporando o conceito de vigilância à saúde. A **Figura 1** apresenta a proposta deste modelo.

Fonte: Adaptado de GOES & MOYSÉS, 2012b.

Figura 1 - Modelo de análise integrada da situação de saúde bucal nos municípios.

A discussão em torno da pouca utilização das informações registradas rotineiramente pelos serviços dos municípios, não se limita ao campo da saúde bucal, e nem é um problema dos dias atuais. Silva e Formigli (1994), já haviam detectado que grande quantidade de dados disponibilizados em SIS do Ministério da Saúde, e que poderiam ser utilizados na análise da situação de saúde, na definição de prioridades, e para o planejamento e reorientação de práticas, não eram utilizados adequadamente. Atualmente as informações disponíveis são ainda maiores, e podem constituir matéria-prima importante num processo de monitoramento e avaliação contínuos, e, por conseguinte prestar auxílio aos gestores na definição de estratégias de intervenção adequadas (COLUSSI, 2011).

Nesse caso vale enfatizar que o auxílio não é só aos gestores, mas também e principalmente aos usuários do SUS, pois estes necessitam da informação como ferramenta estratégica da fiscalização do sistema de saúde, e exercício do controle social (CARVALHO, 2009).

De acordo com Moraes (2005), a informação contribui para ampliar a capacidade de argumentação dos cidadãos na defesa de seus interesses nos fóruns definidores da Política de Saúde, entretanto no Brasil o uso da informação nesse contexto ainda deve vencer alguns obstáculos. A utilização de uma linguagem técnica dificulta que a informação chegue à população e aos conselheiros, e isso gera restrição no processo de apropriação da informação em saúde pelos Conselhos de Saúde. Ainda segundo o autor, ter acesso à informação sem apropriar-se de seu significado e contexto empobrece o potencial de uso da mesma nos embates em defesa dos interesses da população.

A avaliação dos serviços é uma necessidade indiscutível, mas “como fazer” ainda se constitui uma dificuldade, e é o que mostra um estudo onde os coordenadores de Saúde Bucal, identificam que a dificuldade resume-se na definição de um instrumento avaliativo, além da ausência de dados de levantamentos epidemiológicos, já que as informações advêm basicamente de relatórios de produção ambulatorial apresentados pelos dentistas, além dos dados do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Pacto de Indicadores (FERREIRA et al, 2010).

Alguns estudos (ABREU, 2008; FISCHER, 2008; PEREIRA et al, 2009; ALMEIDA, 2009; COLUSSI e CALVO, 2011; CARNUT et al, 2011) que desenvolveram metodologias de avaliação das práticas das ESB na ESF em determinados municípios, enfatizaram a importância de desenvolver e aperfeiçoar instrumentos e técnicas de avaliação da qualidade da atenção básica, uma vez que medidas de avaliação e utilização de serviços são importantes indicadores das condições de saúde da população. Segundo Colussi & Calvo (2011), a avaliação pode ser considerada uma ferramenta de planejamento que trás informações que auxiliam para tomada de decisões e melhorias dos serviços prestados.

No estudo de Colussi (2010), é apresentada uma proposta de modelo para avaliar a qualidade da atenção em saúde bucal ofertada na atenção básica a nível municipal, e nesse sentido o termo “atenção em saúde bucal” deve ser considerado como um conjunto de ações de alcance coletivo com o objetivo de

manter a saúde bucal, e que inclui os serviços de assistência (NARVAI, 2002). Neste trabalho, a autora trata a avaliação dos serviços de saúde, como um instrumento de gestão, que possibilita promover a melhoria contínua da atenção em saúde mantendo o equilíbrio dos custos, propiciando ao usuário um atendimento de qualidade e resolutivo (COLUSSI, 2010).

De acordo com Fernandes e Peres (2005) estudos que investigam a associação entre indicadores de atenção básica à saúde bucal e condições socioeconômicas municipais devem ser utilizados para a formulação de políticas de saúde direcionadas a reduzir desigualdades em saúde, sobretudo no que cerne ao acesso e utilização dos serviços. No estudo realizado pelos autores, os resultados apontaram que maiores coberturas foram associadas ao aumento de dentistas no SUS, ao avaliar o indicador que mede a orientação do serviço de saúde bucal, verificou-se que existe uma tendência na organização da atenção voltada para procedimentos conservadores nos municípios com maior número de profissionais atuando no serviço público. Já nos municípios com piores condições socioeconômicas encontrou-se associação com maiores proporções de exodontias. Diante disso, o estudo demonstrou que ao planejar as políticas de saúde bucal, os gestores devem priorizar os municípios que apresentam os piores indicadores socioeconômicos.

Alguns estudos ecológicos utilizando basicamente dados de domínio público, disponíveis nos SIS, também foram realizados para avaliação de serviços em saúde bucal (FERNANDES e PERES, 2005; TEIXEIRA, 2011). Nessa linha, Palmier et al (2012), desenvolveram uma pesquisa onde foi feita uma associação de indicadores socioeconômicos e serviços odontológicos, em uma região brasileira menos favorecida economicamente, e os achados sugeriram que as equipes de saúde bucal contribuíram para os resultados favoráveis dos indicadores, e segundo os autores, este pode ser um indicativo de que naquela região os municípios estão num processo de organização da atenção em saúde bucal. Entretanto, é frisado que seriam necessários mais estudos para avaliar o impacto dos serviços odontológicos nas condições de saúde bucal em regiões onde as condições socioeconômicas são desfavoráveis.

Estudos que avaliam a qualidade de serviços e ações em saúde bucal são muito importantes, mas ainda são recentes no Brasil, assim afirmam Colussi e Calvo (2012). As autoras também chamam a atenção para a questão da grande

diversidade metodológica entre as pesquisas nessa área, além de que muitas são realizadas desvinculadas do serviço, pensadas e executadas pelo setor acadêmico, sem muitas vezes considerar outros tipos de avaliação que possam estar sendo desenvolvidas pelos profissionais que atuam nos serviços. A realização de tais pesquisas é essencial, seja com o objetivo de fazer uma avaliação na perspectiva dos usuários ou uma avaliação da gestão dos serviços de saúde bucal. É importante poder identificar as fragilidades e os pontos fortes dos serviços, e assim oferecer subsídios para tomada de decisão em prol do alcance de melhorias no setor. No entanto, é premente prezar pela realização de pesquisas com maior rigor metodológico e com maior vinculação aos serviços, para que seus resultados contribuam para a melhoria da qualidade da atenção em saúde bucal prestada pelo SUS em todo o país (COLUSSI e CALVO, 2012)

3 Proposição

3 PROPOSIÇÃO

3.1 OBJETIVO GERAL

- Fazer uma análise da atenção à saúde bucal, a partir dos dados registrados no sistema de informação da atenção básica (SIAB), no período entre 2012 e 2013.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Levantar dados sobre saúde bucal das capitais brasileiras, disponíveis no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no período entre 2012 e 2013;
- Analisar a distribuição e cobertura populacional das equipes de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família nas capitais brasileiras, no período entre 2012 e 2013;
- Analisar a atenção em saúde bucal no Brasil, através do cálculo dos Indicadores de saúde bucal propostos pelo Ministério da Saúde, a partir dos dados presentes no Relatório de Produção e de Marcadores para Avaliação – Complementar (PMA-C), disponíveis no SIAB, no período entre 2012 e 2013;
- Avaliar a atenção à saúde bucal na Atenção Básica através de uma análise comparativa dos indicadores de saúde bucal entre os anos 2012 e 2013;
- Relatar a importância do papel de um sistema de informação, como o SIAB, no processo de análise do serviço de saúde bucal, baseado nos resultados obtidos com este estudo.

4 Metodologia

4 METODOLOGIA

4.1 Características do Estudo

É um estudo do tipo ecológico de caráter descritivo envolvendo dados secundários oficiais. Segundo Palmier et al (2012), os estudos ecológicos são considerados apropriados para investigar os efeitos do meio sobre a saúde de uma população, assim como para auxiliar na gestão de políticas públicas. No presente estudo foram utilizados dados secundários do serviço de Atenção Básica à Saúde no Brasil, referentes às capitais brasileiras e Distrito Federal, disponíveis nos bancos de dados eletrônicos oficiais: DATASUS e IBGE.

Através da página eletrônica do Departamento de Informação e Informática do SUS - DATASUS, é possível acessar a base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, onde obtém números relativos ao cadastro de famílias, condição de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde. No campo da saúde bucal a maioria dos dados é proveniente do Relatório de Produção e de Marcadores para Avaliação – Complementar (PMA-C), que consolida mensalmente a produção das equipes de atenção básica, por área; com informações que classificam e quantificam os tipos de demanda atendida pelos profissionais médico e enfermeiro, e somente a partir de 2011, passou a constar também dados da produção do cirurgião-dentista.

Este estudo teve como referência as 27 capitais de unidades da federação, buscando através destas uma representação do território nacional, em um período que compreende os anos de 2012 e 2013, considerando que somente a partir de 2011 um maior número de dados de saúde bucal passou a ser disponibilizados no SIAB, através do PMA-C.

4.2 Coleta de dados

Foram coletados somente dados (valores absolutos) necessários para elaboração de informações relativas à saúde bucal no nível da atenção básica do SUS, tais como: número e modalidade de equipes de saúde bucal implantadas na ESF; número de pessoas cadastradas na área de atuação das equipes de saúde bucal; além de alguns dos dados que são registrados diariamente na Ficha D –

Complementar, e mensalmente registrados no SIAB, por meio do relatório PMA-C, através de valores absolutos da produção de saúde bucal:

- Primeiras consultas odontológicas programáticas
- Escovação dental supervisionada
- Tratamentos odontológicos concluídos
- Atendimentos de urgência odontológica
- Instalações de próteses dentárias

Todos os dados coletados foram digitados em planilhas do Microsoft Excel, conforme iam sendo gerados e disponibilizados pelo SIAB, normalmente de 3 em 3 meses, e assim distribuídos de acordo com o local e período, neste caso por capital e os meses dos anos de 2012 e 2013. Contudo, na última etapa de coleta dos dados, houve um atraso e os dados do relatório PMA-C só foram disponibilizados para consulta pública na segunda semana de março de 2014; assim como os dados da população cadastrada pelas ESB da ESF.

Outra questão identificada durante a coleta de dados e organização das planilhas do Excel foi a falta de regularidade na alimentação do SIAB, algumas capitais deixavam de registrar por um ou mais meses, ou muitas vezes deixavam de registrar apenas uma determinada informação, como por exemplo: população cadastrada. Isso impediu que todos os dados coletados fossem trabalhados conforme planejado, inviabilizando a análise da atenção em saúde bucal de todas as capitais, através dos indicadores selecionados.

4.3 Escolha e cálculo dos indicadores de saúde bucal

A principal fonte de dados deste estudo é Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, trata-se de um sistema desenvolvido desde 1998 para armazenar informações provenientes dos serviços de saúde no nível da Atenção Básica do SUS, tendo como eixo central a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

No presente estudo, foi levantado, a partir de dados de base demográfica do IBGE, o total da população de cada capital estadual e Distrito Federal, e os respectivos números de equipes de saúde bucal implantadas. Esses valores absolutos serviram para cálculo do **Indicador de Cobertura populacional estimada das ESB da ESF**, conforme apresentado no **Quadro 2**.

INDICADOR	MÉTODO DE CÁLCULO
Cobertura populacional estimada das ESB da ESF	$\frac{\text{Número de ESB* da ESF implantadas} \times 3.450^{**} \text{ pessoas}}{\text{Total da população}} \times 100$ <p>Fonte: Numerador: Histórico de Cobertura da Saúde da Família/DAB/SAS/MS. Denominador: Base demo gráfica do IBGE</p> <p>* Soma de ESB modalidade I e II.</p> <p>**Esse número é utilizado para estimar o número de Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família implantadas, cobrindo o mesmo número de pessoas que uma Equipe de Saúde da Família, 3.450.</p>

Quadro 2 - Método de Cálculo do Indicador de Cobertura populacional estimada das equipes de saúde bucal da estratégia de saúde da família.
Fonte: BRASIL, 2010.

A distribuição e a cobertura populacional das equipes de saúde bucal na ESF constituem importantes informações para discutir questões relativas ao acesso da população brasileira ao serviço odontológico prestado na esfera do SUS (BALDANI e ANTUNES, 2011; BARROS e BERTOLDI, 2002; ROCHA e GOES, 2008).

Além do indicador “Cobertura populacional estimada das equipes de saúde bucal da estratégia de saúde da família”, este estudo se propôs a calcular alguns indicadores de saúde bucal da Atenção Básica, utilizando dados do SIAB, que permitem a discussão em torno do acesso e qualidade dos serviços odontológicos prestados no âmbito da atenção básica. Primeiramente os valores absolutos coletados foram trabalhados para produção da informação, com auxílio de dados populacionais do IBGE e do cadastramento das famílias. Seguindo as orientações do Ministério da Saúde para composição de cada Indicador, foram calculados os seguintes indicadores de saúde bucal:

- **INDICADOR: Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada**

Representa em percentual a cobertura média de pessoas que participaram da ação coletiva de escovação dental supervisionada, ou seja, trata a questão do acesso da população à escovação dental com o dentífrico fluoretado realizada na presença de um profissional de saúde, com o objetivo de prevenir doenças bucais como a cárie dentária e a doença periodontal, além de consolidar o hábito da higiene

dos dentes. Entende-se que esse indicador pode contribuir para o planejamento e monitoramento das ações de prevenção, promoção e autocuidado realizadas pelas equipes de saúde bucal, além de auxiliar no planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde bucal. (BRASIL, 2011a)

- **INDICADOR: Cobertura de primeira consulta odontológica programática**

Representa em percentual o número de pessoas cadastradas pelas equipes de saúde bucal que receberam a primeira consulta odontológica no nível da atenção básica, e desta forma reflete o ingresso da população num programa de saúde bucal a partir de um exame clínico odontológico realizado com finalidade de diagnóstico e elaboração de um Plano Preventivo Terapêutico–PPT, momento em que é registrada a 1ª consulta odontológica programática. Através deste indicador pode-se fazer uma análise do acesso da população ao serviço odontológico na atenção básica, identificando as variações geográficas e temporais, subsidiando a avaliação, o planejamento e a implementação de ações de saúde bucal. (BRASIL, 2011a)

- **INDICADOR: Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas**

Permite avaliar, através da relação entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas, se a ESB mantém uma boa relação entre acesso (número de primeiras consultas odontológicas programáticas) e resolubilidade (número de tratamentos concluídos), ou seja, em que medida a equipe está concluindo os tratamentos iniciados. Considerando a fórmula de cálculo desse indicador, temos duas possibilidades:

- a) Resultado menor que 1 (um): indica que o número de tratamentos concluídos foi menor do que os tratamentos iniciados, refletindo baixa resolubilidade.
- b) Resultado maior que 1 (um): indica que tratamentos estão sendo concluídos sem que novos tratamentos sejam iniciados, podendo ser um sinal de possível falha na capacidade de promover acesso a novos pacientes.

Este indicador permite discutir a questão acesso a assistência odontológica e da resolubilidade do serviço. (BRASIL, 2012)

- **INDICADOR: Médias de instalações de próteses dentárias**

Compreende o número de instalações de próteses dentárias implantadas, sejam elas próteses totais, parciais removíveis ou fixas, realizadas pelo cirurgião dentista, em relação ao total estimado da população que necessita do tratamento reabilitador entre as cadastradas.

Este indicador contribui no planejamento e monitoramento das ações de reabilitação protética, realizadas ou acompanhadas pela equipe de saúde bucal. Através dele pode-se perceber o quanto da demanda por reabilitação protética está sendo atendida; é considerado um indicador cumulativo, que necessita de tempo para apresentar os melhores resultados.

A reabilitação protética é considerada como uma das prioridades da Política Nacional de Saúde Bucal, sendo assim incluída como procedimento da Atenção Básica. (BRASIL, 2012)

- **INDICADOR: Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante.**

Representa a média de atendimentos de urgência odontológica por habitante em determinado local e período.

Esse indicador auxilia no planejamento da equipe de saúde bucal, permitindo que ela avalie a demanda de urgência de sua área de abrangência e planeje melhor seu processo de trabalho para acolhimento adequado. Em longo prazo, também permite avaliar a capacidade de prevenção dos casos de urgência odontológica por meio do atendimento programático regular.

O método de cálculo dos indicadores de saúde bucal está representado através de fórmulas matemáticas (Quadro 3), com a utilização dos dados coletados nos sistemas de informação em saúde, que são distribuídos entre o numerador e o denominador, e que resultará na informação, ou seja, no indicador de saúde bucal.

INDICADOR	MÉTODO DE CÁLCULO
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada, em determinado local e período}}{\text{População cadastrada no mesmo local e período}} \times 100$ <p>Fonte: Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB. Denominador: Ficha A do SIAB</p>
Cobertura de primeira consulta odontológica programática	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de primeiras consultas odontológicas programáticas, em determinado local e período}}{\text{População cadastrada no mesmo local e período}} \times 100$ <p>Fonte: Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB. Denominador: Ficha A do SIAB</p>
Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de tratamentos concluídos (TC) pelo cirurgião-dentista da ESB em determinado local e período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas pelo CD da ESB em determinado local e período}}$ <p>Fonte: Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB. Denominador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB.</p>
Médias de instalações de próteses dentárias	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de instalações de próteses dentárias realizadas pela equipe de saúde bucal em determinado local e período}}{\text{População cadastrada no mesmo local e período}} \times 0.03^*$ <p>Fonte: Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB. Denominador: Ficha A do SIAB.</p> <p>*Segundo dados do SB Brasil 2010, estima-se que pelo menos 3% da população necessita de prótese total em ao menos um maxilar.</p>
Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de atendimentos de urgência realizados pelo CD da equipe de saúde bucal, em determinado local e período}}{\text{População cadastrada no mesmo local e período}}$ <p>Fonte: Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB. Denominador: Ficha A do SIAB</p>

Quadro 3- Método de Cálculo dos Indicadores de Saúde Bucal

Fonte: BRASIL, 2012b.

4.4 Tabulação e Análise dos dados

Os dados coletados do SIAB foram tabulados de maneira a gerar informações e atender aos objetivos do estudo. O primeiro passo foi organizar as informações relativas à distribuição das equipes de saúde bucal na ESF, segundo modalidade de equipe implantada, e, em seguida calcular, o Indicador Cobertura populacional estimada das ESB da ESF. Nesse caso foi possível obter dados das 27 capitais brasileiras.

O passo seguinte foi calcular os Indicadores de Saúde Bucal, por capital, dos anos de 2012 e 2013, propostos pelo Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, considerando as informações disponíveis no SIAB.

Durante esse processo de tabulação e análise dos dados dispostos nas planilhas, foi possível constatar problemas nos registros de alguns municípios, indo desde a ausência de registros no SIAB por poucos meses, como foi a situação apresentada por Boa Vista, Rio Branco e Rio de Janeiro; até a inexistência de registros do PMA-C por vários meses (Macapá e Teresina), ou total (Belém e Belo Horizonte). Foi verificada também a ausência de apenas alguns registros de produção, como foi o caso de Cuiabá. Além dessas situações, foi identificado que a capital Goiânia registrou regularmente, durante esses dois anos, os dados provenientes do relatório PMA-C, contudo não havia registros sobre o número de famílias cadastradas na área de atuação das equipes de saúde bucal. Tais problemas foram impeditivos para o cálculo dos indicadores de saúde bucal de todas as capitais, gerando a exclusão de algumas. Sendo assim, somente serão apresentados e discutidos os indicadores de saúde bucal das capitais que registraram mensalmente os dados necessários para o cálculo dos indicadores (Figura 2).

Figura 2 – Seleção das capitais brasileiras que apresentaram todos os dados registrados no SIAB, entre 2012 e 2013, necessários para cálculo dos indicadores de saúde bucal.

As informações geradas após tabulação dos dados foram submetidas à análise descritiva, onde foram feitas as distribuições dos indicadores por ano e cidade.

5 Resultados

5 RESULTADOS

A proposta inicial deste estudo previa uma análise da atenção à saúde bucal no SUS, tendo como unidades representativas as 27 capitais, e a fonte de coleta de dados principal o sistema de informação da atenção básica (SIAB), compreendendo os registros entre os anos 2012 e 2013.

5.1 Equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família

Os dados coletados, referentes às equipes de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família, permitiram fazer uma análise tanto da cobertura populacional dessas equipes, como da distribuição das modalidades (ESB I e ESB II) implantadas, em todas as capitais brasileiras.

Gráfico 1 - Distribuição do Indicador cobertura populacional estimada de equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família nas capitais do território nacional, nos anos de 2012 e 2013, segundo dados do SIAB e IBGE.

As capitais que apresentaram os mais elevados indicadores de cobertura populacional estimada de equipe de saúde bucal, entre os anos de 2012 e 2013, estão localizadas na região nordeste: João Pessoa (84,70% e 82,24%) e Teresina (73,42% e 87,68%). Dentre as demais, cabe destaque para as capitais que apresentaram indicador de cobertura próximo a 50%, como: Porto Velho (49,86% e

53,77%); Palmas (55,71% e 61,28%); Vitória (51,15% e 53,85%) e Florianópolis (48,44% e 51,77%). Por outro lado, importantes capitais do cenário nacional apresentaram taxa de cobertura populacional de ESB inferior a 10%, como: Belém (1,23% e 1,47%); São Paulo (7,29% e 8,28%) e Brasília (6,74% e 6,64%).

Tabela 1 – Variação do Indicador cobertura populacional estimada de equipes de saúde bucal nas capitais do território nacional, entre os anos de 2012 e 2013.

CAPITAIS	Percentual de Cobertura de ESB 2012 (%)	Percentual de Cobertura de ESB 2013 (%)	Variação da Cobertura de ESB (%)
Porto Velho	49,88	53,77	3,89
Rio Branco	23,18	23,77	0,59
Manaus	11,48	13,71	2,23
Boa Vista	14,24	1,16	-13,08
Belém	1,23	1,47	0,24
Macapá	29,67	26,57	-3,10
Palmas	55,71	61,28	5,57
São Luís	12,09	12,94	0,85
Teresina	73,42	87,68	14,26
Fortaleza	30,51	28,15	-2,36
Natal	34,47	38,82	4,35
João Pessoa	84,70	82,24	-2,46
Recife	27,89	28,40	0,51
Maceió	14,27	15,92	1,66
Aracaju	39,88	43,44	3,56
Salvador	8,97	12,47	3,51
Belo Horizonte	34,13	37,44	3,31
Vitória	51,15	53,85	2,70
Rio de Janeiro	16,28	16,41	0,13
São Paulo	7,29	8,28	0,99
Curitiba	29,91	32,82	2,90
Florianópolis	48,44	51,77	3,33
Porto Alegre	9,52	11,93	2,41
Campo Grande	37,26	38,12	0,86
Cuiabá	0,62	0,61	-0,01
Goiânia	23,56	21,99	-1,57
Brasília	6,74	6,64	-0,10

A distribuição do número de equipes de saúde bucal (ESB) implantadas segunda a modalidade I e II, nos anos 2012 e 2013, estão descritas nos Gráficos 2 e 3, respectivamente. Percebe-se uma divergência muito grande nessa distribuição, praticamente não existem ESB II nas capitais das regiões norte e nordeste, e estas por sua vez concentram-se mais nas capitais das regiões sul e sudeste, com destaque para Belo Horizonte, Rio Janeiro e São Paulo, que apresentaram um certo equilíbrio entre ESB I e ESB II; contudo em Curitiba o número de ESB II é maior do

que ESB I. Mas no geral, prevalece um maior número de ESB na modalidade I, e este quadro permanece quase que inalterado entre os anos de 2012 e 2013.

Gráfico 2 - Distribuição do número de equipes de saúde bucal implantadas, segundo modalidade, nas capitais do território nacional, no ano de 2012.

Gráfico 3 - Distribuição do número de equipes de saúde bucal implantadas, segundo modalidade, nas capitais do território nacional, no ano de 2013.

5.2 Indicadores de saúde bucal

Todos os Indicadores de saúde bucal foram calculados, por capital, a partir dos dados presentes no Relatório de Produção e de Marcadores para Avaliação – Complementar (PMA-C), disponíveis no SIAB, no período entre 2012 e 2013.

5.2.1 Média da ação escovação dental supervisionada

Gráfico 4 - Distribuição do Indicador Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada por capital, nos anos de 2012 e 2013.

A média da ação coletiva de escovação supervisionada revelou um quadro bem divergente entre as cidades do estudo. Em 2012, a variação foi de 6,6% (Aracaju) a 171,03% (Curitiba); e em 2013, de 5,37% (Porto Alegre) a 69,90% (Curitiba). Tais resultados indicaram uma grande discrepância nos valores apresentados, com destaque para os municípios de Fortaleza (92,95% e 23,52%) e Curitiba (171,03% e 69,90%), que destoam das demais capitais, além de apresentarem uma grande variação do indicador entre 2012 e 2013. Este fato, quando comparado com as outras cidades do estudo, pode ser um indicativo de possíveis falhas no registro, sendo pertinente apresentar os registros mensais referentes à escovação dental supervisionada dessas cidades (Gráficos 5 e 6).

Gráfico 5 - Registro mensal do número de pessoas participantes da escovação dental supervisionada, no município de Fortaleza, em 2012 e 2013.

Gráfico 6 - Registro mensal do número de pessoas participantes da escovação dental supervisionada, no município de Curitiba, em 2012 e 2013.

A exceção de Fortaleza e Curitiba, as capitais, Vitória (55,05% e 64,11%) e Porto Velho (50,85% e 50,96%) apresentaram o melhor desempenho na cobertura média de pessoas participantes da escovação dental supervisionada, em 2012 e 2013, nas áreas cobertas por ESB da ESF. Em seguida, pode-se destacar Manaus (27,44% e 43,62%), Palmas (35,34% e 45,62%) e Maceió (20,51% e 48,52%) que

apresentaram valores deste indicador superiores a 20% em 2012, e variação positiva em 2013.

No geral, a análise deste indicador, demonstra que o ano de 2013 apresentou resultados mais consistentes.

5.2.2 Cobertura da primeira consulta odontológica programática

Gráfico 7 - Distribuição do Indicador Cobertura de primeira consulta odontológica programática por capital, nos anos de 2012 e 2013.

O Indicador Cobertura da primeira consulta odontológica programática, demonstra a proporção da população cadastrada pelas equipes de saúde bucal que teve acesso a consulta para início do tratamento odontológico.

Nessa análise, as cidades que mais se destacaram foram João Pessoa (43,09% e 18,15%) e Aracaju (6,39% e 42,76%), ambos apresentaram, em anos distintos, valores de cobertura que destoavam das demais cidades e delas mesmas, quando feita a comparação entre os anos. Sendo assim, foi verificada a trajetória dos registros mensais dessas duas cidades, a fim de entender tal discrepância. (Gráficos 8 e 9)

Em 2012, excluindo João Pessoa (43,09%), a cobertura variou de 1,15% (Maceió) a 16,19% (São Luís). Já em 2013, excluindo Aracaju (42,76%) a variação foi de 2,17% (Fortaleza) a 18,15% (João Pessoa).

Gráfico 8 - Registro mensal do número de primeiras consultas odontológicas programáticas, no município de João Pessoa, em 2012 e 2013.

De acordo com o Gráfico 8, é possível identificar que em abril de 2012 houve um número de primeiras consultas odontológicas programáticas que foge do padrão apresentado nos outros meses, e no ano seguinte, tal fato sugere um caso de erro de registro. Situação semelhante segue no gráfico 9, e dessa vez o provável erro aparece ainda mais nítido, em setembro de 2013, uma vez que no restante dos meses de 2012 e 2013, o número de consultas registrados é praticamente o mesmo.

Gráfico 9 - Registro mensal do número de primeiras consultas odontológicas programáticas, no município de Aracaju, em 2012 e 2013.

5.2.3 Razão entre tratamentos odontológicos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas

O número de tratamentos concluídos (TC) é utilizado para cálculo do Indicador Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas, que verifica o desempenho das equipes de saúde bucal na conclusão dos tratamentos iniciados. Sendo assim, para fins de interpretação deste indicador, tem-se como parâmetro da razão matemática o resultado 1; valores muito inferiores a 1, indicam dificuldade na conclusão dos tratamentos iniciados; enquanto que valores superiores a 1 indicam que tratamentos estão sendo concluídos sem que novos sejam iniciados.

Gráfico 10 - Distribuição do Indicador Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas por capital, nos anos de 2012 e 2013. A linha verde indica que todos os tratamentos iniciados foram concluídos.

De acordo com as informações do Gráfico 10, somente Curitiba (2,57 e 2,50) apresentou resultados superiores a 1; enquanto que por outro lado valores muito menores que 1 foram encontrados em Porto Velho (0,24 e 0,28), São Luís (0,33 e 0,16), Natal (0,13 e 0,18), João Pessoa (0,06 e 0,11), Aracaju (0,41 e 0,06) e Porto Alegre (0,23 e 0,28). Como se pode constatar não existem grandes variações entre 2012 e 2013, salvo a exceção de Aracaju que apresentou baixíssima (0,06) capacidade de conclusão dos tratamentos em 2013, contudo tal resultado deve ser visto com cautela, considerando o provável erro de registro no número de primeiras

consultas odontológicas programáticas, ocorrido em setembro de 2013, que interfere diretamente no cálculo deste indicador. Essa mesma situação poderia ter aparecido em João Pessoa, pois ocorreu o mesmo erro de registro, dessa vez em abril de 2012; entretanto, neste caso, a variação nesta cidade, entre os anos, foi baixa. Mesmo assim é preciso cautela ao analisar esta informação produzida para a cidade de João Pessoa, referente ao ano de 2012.

5.2.4 Média de Instalações de próteses dentárias

O Indicador Médias de instalações de próteses dentárias representa o número de próteses dentárias implantadas em relação ao total da população que necessita deste tipo de tratamento, numa área coberta por equipe de saúde bucal.

Os melhores resultados das médias de instalações de próteses dentárias foram alcançados em 2012. E em 2013 algumas capitais que demonstraram redução deste indicador: João Pessoa (0,06 e 0,04) e Campo Grande (0,06 e 0,03), Porto Alegre (0,04 e 0,01) e Maceió (0,05 e 0,00).

Gráfico 11 - Distribuição do Indicador Médias de instalações de próteses dentárias por capital, nos anos de 2012 e 2013.

5.2.5 Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante

Gráfico 12 - Distribuição do Indicador Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante por capital, nos anos de 2012 e 2013.

O Indicador Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante mostrou constância nos resultados, ao comparar os anos de 2012 e 2013, com exceção apenas de Porto Alegre (0,08 e 0,05). No entanto, no que tange a comparação entre as cidades, observou-se variações nos resultados; em 2012, este indicador variou de 0,00 (Manaus) a 0,08 (Porto Alegre); e em 2013, a variação foi de 0,00 (São Luís) a 0,06 (Palmas).

6 Discussão

5 DISCUSSÃO

Ao propor uma análise da atenção à saúde bucal, através da coleta de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), este estudo procurou inicialmente avaliar a distribuição e a cobertura das equipes de saúde bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF), por esta ser o eixo orientador da Atenção Básica no Brasil. Segundo Colussi (2010), em se tratando de Sistema Único de Saúde (SUS), um dos principais instrumentos de acompanhamento e avaliação da Atenção Básica é o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Através de dados disponibilizados neste sistema de informação, são construídos alguns indicadores de saúde, que se constituem em importantes elementos de avaliação (BRASIL, 2004b; COLUSSI, 2010; ABRUNHOSA, 2011; BORDIN & FADEL, 2012).

Devido à impossibilidade de mensurar todas as ações e resultados dentro de um sistema de saúde, é necessária a utilização de indicadores que garantam a credibilidade da informação, e possam traduzir os conceitos e os efeitos esperados (MORAES, 2002). Os indicadores de saúde bucal utilizados nesta análise foram apresentados pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), uma estratégia de melhoria da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Foi feita uma seleção dos indicadores, considerando os objetivos do estudo e a disponibilidade dos dados necessários para cálculo desses indicadores.

Hartz (2005) ressalta a importância em se eleger um grupo de indicadores, pois um único indicador usado isoladamente traz pouca informação, mas quando analisados conjuntamente, permitem análises coerentes, importantes para a gestão do sistema de saúde. Diante disso, foi selecionado o indicador cobertura estimada de equipes de saúde na ESF, e alguns dos indicadores propostos pelo PMAQ que permitem discutir questões relativas ao acesso da população à assistência odontológica; à resolubilidade do serviço, e ao processo de trabalho das equipes de saúde bucal no âmbito da ESF.

Nesse sentido, Sala (1993) define que num processo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, deve-se adotar alguns enfoques, iniciando com a avaliação da “cobertura”, ou seja, a quantidade da população que efetivamente tem acesso ao serviço; seguido pela “capacidade resolutive”, que seria verificar se a população que teve efetivamente acesso ao serviço, teve seu problema resolvido.

Além de considerar a questão da organização do trabalho e do processo de atendimento realizados.

Desde 2001, quando as ações de saúde bucal passaram a compor o quadro da ESF, a implantação das equipes de saúde bucal nos municípios do território nacional seguiu em ritmo crescente, com destaque para o período de 2003 a 2006 (SOUZA, 2008), talvez influenciado pelo aumento no incentivo federal para saúde bucal, além da possibilidade da gestão local promover paridade do número equipes de saúde da família (EqSF) e de ESB (BRASIL, 2003b). De acordo com os resultados apresentados neste estudo, referentes ao Indicador de Cobertura populacional estimada de ESB na ESF, não houve grande variação no percentual de cobertura entre os anos 2012 e 2013, nas capitais brasileiras, e a maior parte manteve-se em ritmo crescente ou teve uma pequena redução, com exceção de Boa Vista onde o percentual de cobertura, que já era baixo em 2012(14,24%), caiu para 1,16% em 2013, essa variação negativa pode ter resposta no descredenciamento das ESB na ESF.

Por outro lado, percentuais de cobertura expressivos foram apresentados por duas capitais da região nordeste: João Pessoa (84,70% e 82,24%) e Teresina (73,42% e 87,68%). Através dos resultados desse indicador, observa-se um quadro de grande variação no percentual de cobertura no Brasil, onde, ao mesmo tempo em que na região norte, Porto Velho apresenta cobertura em torno de 50%, Belém apresenta valores em torno de 1%; o mesmo verifica-se na região nordeste, ao comparar João Pessoa, com aproximadamente 80% de cobertura, e Maceió com aproximadamente 15% de cobertura. Situação semelhante também foi percebida entre as capitais das regiões sudeste, sul e centro-oeste. Dessa forma, percebe-se que o comportamento deste indicador não foi uniforme entre as capitais, nem entre as regiões administrativas.

De acordo com a Portaria Nº 3.840 (2010), a meta Brasil para 2011 do indicador cobertura populacional estimada de equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família, era de no mínimo 40% de cobertura da população, pelas ESB da ESF. Em 2012, somente 6 capitais atingiram esta meta: Porto Velho (49,88%), Palmas (55,71%), Teresina (73,42%), João Pessoa (84,70%), Vitória (51,15%) e Florianópolis (48,44%). Em 2013, o quadro se manteve semelhante, sendo acrescido de Aracaju, que em 2012 apresentou cobertura de 39,88% e em 2013 atingiu 43,44%.

Para entender a importância da obtenção de melhores indicadores de cobertura das ESB na ESF, é preciso fazer uma pequena retrospectiva, e lembrar que a assistência odontológica antes do SUS caracterizava-se por priorizar ações curativas, restritas e isoladas, centradas na figura do cirurgião-dentista, atuando no nível ambulatorial, sob a lógica do atendimento por livre demanda; onde os conceitos sobre determinantes sociais do processo saúde-doença eram completamente desconsiderados (NARVAI, 2002; NARVAI e FRAZÃO, 2008). A participação da odontologia no SUS previa a transformação dessas práticas, buscando novas formas de organização do trabalho (CORDÓN, 1997). Contudo, esta não foi e não está sendo uma tarefa fácil, mas há de se considerar que a inclusão das equipes de saúde bucal na ESF, é uma tentativa de mudança de paradigma, de maneira que aquele modelo assistencialista e curativista, dê lugar a um modelo de atenção em saúde bucal, ancorado nos princípios e diretrizes do SUS (SOUZA e RONCALLI, 2007). Vendo por este ângulo, o aumento da cobertura das ESB na ESF seria a possibilidade de melhorias das condições de saúde bucal da população brasileira.

A discussão em torno da expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil tem sido focada no avanço do número de equipes de saúde bucal (ESB), entendendo este como um grande benefício para população brasileira, por ampliar o acesso às ações de saúde bucal. Certamente esse é o grande objetivo, permitir que a população tenha acesso aos serviços de saúde, principalmente aos serviços de saúde bucal (MATTOS et al, 2014). Contudo, algumas pesquisas (ABREU, 2008; ROCHA e GOES, 2008; PEREIRA et al, 2009; ALMEIDA et al, 2010; BALDANI e ANTUNES, 2011; PEREIRA et al, 2012) vem demonstrando que “maior cobertura”, “avanço no número de equipes de saúde bucal”, nem sempre resultam em melhores serviços, atendimento integral e resolutivo ao usuário do sistema. Tal fato não apaga a singularidade da Estratégia Saúde da Família como importante ferramenta para reorganização da Atenção Básica no Brasil, apenas abre parênteses para necessidade de maior investigação e discussão em torno do assunto (PEREIRA et al, 2009; PEREIRA et al, 2012).

Souza (2008), diante da grande expansão de ESB na ESF ocorrido no Paraná entre 2003 e 2006, já afirmava que este crescimento era muito positivo, mas o autor chamava a atenção para a necessidade de monitorar e avaliar o trabalho dessas equipes, para entender de que forma este aumento na cobertura estava

repercutindo no acesso a atenção em saúde bucal, e na resolutividade do serviço odontológico prestado. Em concordância, Fonseca et al (2014), reconhece que a expansão da rede de atenção básica, por meio da ESF, é muito importante para melhorar a equidade em saúde, porém, em alguns casos, tem se mostrado insuficiente; o que torna necessária a realização de reavaliações periódicas das ações desenvolvidas por essas ESB.

A literatura concorda que é preciso ter mais cautela ao fazer uma análise dos benefícios da cobertura de ESB na ESF, afinal são muitas as promessas de mudança do modelo de atenção à saúde bucal (ROCHA e GOES, 2008; PEREIRA et al, 2009; PEREIRA et al, 2012; MATTOS et al, 2014); diante do exposto, e considerando o que foi dito por Hartz (2005), que um único indicador oferece pouca informação; é importante fazer uma análise mais ampliada, utilizando informações advindas de outros de indicadores. Nesse caso, vamos adicionar as informações dos indicadores de saúde bucal construídos a partir de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB.

Na coleta de dados para composição desses indicadores de saúde bucal, foram identificados problemas na alimentação do sistema de informação da atenção básica (SIAB), que iam desde a total ausência de dados, como foi o caso de Belém e Belo Horizonte, ou a falta de registro por alguns períodos, ou ainda a falta de registros de determinados procedimentos. Tal situação, além de impedir a obtenção dos indicadores, demonstra a fragilidade desse sistema de informação que é considerado um dos principais instrumentos de acompanhamento e avaliação da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009b; COLUSSI, 2010). Mas que, no entanto depende do engajamento dos gestores municipais de saúde para que todos os dados de saúde referentes à Atenção Básica sejam registrados regularmente, de maneira ética e contínua. De acordo com Moraes (1994), um sistema de informação em saúde que dispõe de grande quantidade de dados soltos e sem regularidade no registro, não é capaz de produzir conhecimento coerente e útil para subsidiar decisões.

Conforme relatado por Teixeira, Fachhini e Castilho (2011), os sistemas de informação em saúde são importantes porque permitem a utilização de dados secundários de coleta continuada, que possibilitam a comparação em diferentes âmbitos, a identificação de problemas e a busca por melhoria da qualidade do serviço, além de embasar a tomada de decisão dos profissionais da saúde e

gestores. Contudo, a exclusão de determinadas capitais deste estudo, por ausência ou insuficiência de dados de saúde bucal no SIAB, nos leva a entender que não existe um compromisso por parte da gestão de saúde em monitorar e avaliar os serviços, para melhor planejar ações que realmente tenham impacto positivo na saúde da população.

É importante discutir que este fato não aconteceu apenas em capitais de pequeno porte ou de regiões menos desenvolvidas economicamente, o quadro é bem heterogêneo, composto por cidades como Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Rio Branco, Boa Vista, Macapá, Belém, Teresina, Cuiabá e Goiânia. E dessas, Belo Horizonte e Rio de Janeiro estão na lista das 10 cidades mais ricas do Brasil, de acordo com PIB 2010, ocupando a segunda e quinta posição, respectivamente (IBGE, 2010). Na realidade não existe uma justificativa plausível para esta situação, a não ser a falta de compromisso da gestão municipal de saúde em colaborar para o estabelecimento de uma política de vigilância em saúde bucal, através da alimentação regular do SIAB.

Nesse sentido, ainda cabe ressaltar que por anos lutou-se em busca da implantação da Ficha D – Saúde Bucal, um espaço de registro dos dados referentes à produção das atividades de saúde bucal (CARNUT et al, 2011), para fins de planejamento, monitoramento e avaliação das equipes de saúde bucal (BRASIL, 2007b). No entanto, quando finalmente algumas ações de saúde bucal ganharam espaço de registro no SIAB (BRASIL, 2011a), acontecem situações, como as citadas anteriormente, que impedem a construção da informação através dos indicadores.

Diante do exposto, é importante também refletir sobre a possibilidade de criar um mecanismo de fiscalização e sistematização na alimentação do SIAB, de maneira a garantir que todos os municípios registrem dados com regularidade, e não comprometam a composição dos indicadores de saúde, e consequentemente, a informação advinda deles. Uma vez que um dos principais objetivos do uso de indicadores de saúde é melhorar a gestão e a qualidade da assistência oferecida (COLUSSI, 2010).

Nesse contexto, e entendendo que a opção por alguns indicadores reflete uma escolha dos aspectos da realidade a serem considerados, que sofre influência da política em questão e distintas visões da realidade (COLUSSI, 2010), este estudo apresenta e discute alguns indicadores de saúde bucal, ciente que estes estão

sujeitos a questionamentos mediante obstáculos, inconsistências e fragilidades apresentadas pelo SIAB.

O Indicador Cobertura da ação coletiva/escovação dental supervisionada esteve presente na relação de indicadores da Atenção Básica, em 2006, juntamente com o indicador de Cobertura de primeira consulta odontológica programática (BRASIL, 2006a) e permaneceu no rol dos indicadores de saúde bucal de 2006 a 2009, e em 2011 (GOES e MOYSÉS, 2012a).

De acordo com as diretrizes, apresentadas pela Política Nacional de Saúde Bucal, o desenvolvimento de ações educativas e preventivas, realizadas com grupos de pessoas, em espaços sociais (creches, escolas, locais de trabalho, comunidade), nas unidades de saúde e nos domicílios; é essencial efetivar a promoção de saúde no âmbito da Atenção Básica (BRASIL, 2008). Nesse sentido, abre-se destaque para a escovação dental supervisionada com dentifrício fluoretado, entendendo que esta ação contribui na prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal, além de promover acesso ao flúor tópico, e estimular o hábito de escovação (BRASIL, 2006a; 2012b).

O Indicador média da ação coletiva escovação dental supervisionada, utilizado neste estudo, demonstrou um quadro de muita variação entre as cidades, em 2012 de 6,6% (Aracaju) a 171,03% (Curitiba); e em 2013, de 5,37% (Porto Alegre) a 69,90% (Curitiba). Percebe-se que a prática dessa ação no contexto das equipes de saúde bucal na ESF difere bastante de uma cidade para outra.

Segundo dados do SIA-SUS, em 2010 a produção desses procedimentos potencialmente seria suficiente para uma cobertura média nacional de 33% com uma variação de 2% (DF) a 89% (CE). (BRASIL, 2012b) No caso das 18 capitais, que registraram regularmente os dados no SIAB, a média da ação coletiva escovação dental supervisionada foi 30,13% em 2012, e 29,03% em 2013.

As cidades que apresentaram coberturas muito baixas (Aracaju, 6,66% e 6,18%; Salvador 6,77% e 9,95%; Florianópolis 8,01% e 8,62%; Porto Alegre 10,70% e 5,37%; Campo Grande 11,46% e 11,89%), pode ser um indicativo que estas equipes de saúde bucal estejam priorizando o atendimento clínico, permanecendo arraigada a prática assistencialista da odontologia, com dificuldades de planejar a atenção em saúde bucal na lógica da promoção de saúde, de maneira a contemplar as ações educativas, preventivas e curativas. Esta dificuldade de mudança de prática das equipes de saúde bucal na ESF é relatada em alguns estudos (SOUZA e

RONCALLI, 2007; PEREIRA et al, 2009; ALMEIDA et al, 2010), que ainda chamam a atenção para fato de que quando a ação coletiva de escovação supervisionada é implementada na rotina das ESB, esta vem atrelada ao modelo de atenção voltado aos escolares, e em alguns casos ao grupo de gestantes. Percebe-se que as atividades preventivas realizadas pelos cirurgiões-dentistas pertencentes a ESF reproduzem, de um modo geral, o modelo tradicional (ALMEIDA et al, 2010).

Diante do exposto, Pereira et al (2009) identifica a necessidade amadurecimento dos profissionais de saúde bucal e gestores, para que políticas se traduzam em programas e modelos. E, mais ainda, que esses modelos impactem (duplamente) sobre o processo de trabalho e sobre as condições de saúde da população.

O planejamento das ações em saúde bucal deve considerar o quadro epidemiológico local e as diretrizes da PNSB, buscando um equilíbrio entre ações educativas, preventivas e curativas (BRASIL, 2008). E mesmo diante da necessidade do tratamento odontológico no ambiente ambulatorial é preciso lembrar que as ações coletivas devem ser executadas, paralelamente, preferencialmente, pelo pessoal auxiliar, de forma a potencializar o trabalho do cirurgião-dentista em relação às atividades clínicas; com o cuidado de não restringir essas ações a determinados grupos (NARVAI e FRAZÃO, 2009). Tais ações devem ser desenvolvidas em todo o território de abrangência das equipes de saúde bucal, envolvendo todos os membros da família, por meio de articulação intersetorial para expansão do acesso a essas ações (escolas, centros comunitários, comunidades terapêuticas, etc).(BRASIL, 2004a; BRASIL, 2008)

A distribuição dos tipos de ESB, composta por cirurgião-dentista (CD) e auxiliar de saúde bucal (ASB), ou cirurgião-dentista (CD), técnico de saúde bucal (TSB) e auxiliar de saúde bucal (ASB); demonstrou que o número de ESB modalidade I ainda é predominante no país, quando comparado com a modalidade II. É quase irrelevante o número de ESB II nas capitais das regiões norte e nordeste, com maior concentração nas capitais das regiões sul e sudeste; com destaque para Curitiba, onde o número de ESB II é maior do que ESB I. Talvez essa seja a justificativa de Curitiba apresentar a melhor cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada em 2012 e 2013, uma vez que a ESB modalidade II conta com apoio do ASB e TSB (BRASIL, 2012d), otimizando as atividades ambulatoriais e as ações coletivas, externas à unidade de saúde (CARVALHO et al, 2004).

Ainda com relação à análise do Indicador média da ação coletiva escovação dental supervisionada, foram identificadas variações muito discrepantes em Fortaleza (92,95% e 23,52%) e Curitiba (171,03% e 69,90%); o que nos levou a considerar a possibilidade de erro no registro da ação. Desta forma, pode-se afirmar que dentre as informações apresentadas por este indicador, está a necessidade de capacitação dos profissionais das equipes com vista ao registro e à alimentação correta e oportuna do sistema de informação da atenção básica. Bem como, a importância do monitoramento regular, para detectar e investigar possíveis erros de registro, como os observados em Fortaleza (Gráfico 5) e Curitiba (Gráfico 6).

Colussi (2010), ao realizar um estudo de avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal, através da análise descritiva dos indicadores de provimento da Atenção Básica em saúde bucal, verificou que os procedimentos coletivos, considerados como práticas mais recentes, ainda apresentam sérios problemas de registro e padronização, comprometendo a confiabilidade dos resultados.

Sendo assim, é válido reiterar que o monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes são fundamentais para acompanhar a evolução dos resultados, negociar metas, definir prioridades, e assim assessorar a gestão (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2004c; CHON, WESTPHAL e ELIAS, 2005; CAMARGO, COELI e MORENO, 2007).

Essa mesma problemática, de inconsistência dos dados informados ao SIAB, foi percebida na análise do “Indicador cobertura da primeira consulta odontológica programática”. O comportamento deste indicador, nos municípios de João Pessoa (43,09% e 18,15%) e Aracaju (6,39% e 42,76%), destoou das demais capitais, com grande variação entre os anos de 2012 e 2013 (Gráfico 7). Mais uma vez identifica-se a possibilidade de erro na alimentação do sistema de informação, principalmente ao analisar a trajetória dos registros mensais dessas duas cidades, onde o número de primeiras consultas odontológicas programáticas é surpreendentemente maior em abril de 2012 e setembro de 2013, em João Pessoa e Aracaju, respectivamente (Gráficos 8 e 9). Tal fato repercutiu sobre o “Indicador Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas”, pois no seu cálculo o denominador é justamente o número de primeiras consultas odontológicas programáticas.

Nesse sentido, Soárez, Padovan e Ciconelli (2005) destacam que no Brasil, problemas na confiabilidade dos dados disponíveis em nível local e nacional não podem ser ignorados, uma vez que a qualidade do indicador depende diretamente da qualidade do dado com o qual ele é calculado. Apesar disso, os autores lembram que o uso dos dados disponíveis pode ensinar o que fazer para adquirir os dados necessários para calcular os indicadores de uma maneira mais efetiva, e assim, capacitar os atores envolvidos nesta ação. Não se pode esperar até que a informação produzida esteja perfeita para que a mesma seja divulgada. A utilização dos dados existentes, mesmo que imperfeitos, ajuda a melhorar a qualidade dessa informação. O importante é deixar claro todas as limitações presentes nesta informação.

E assim, o presente estudo identificou as falhas e seguiu na análise dos indicadores. No caso do “Indicador cobertura da primeira consulta odontológica programática” foram excluídas da análise João Pessoa, em 2012, e Aracaju, em 2013. Sendo assim, a cobertura variou de 1,15% (Maceió) a 16,19% (São Luís), em 2012; e 2,17% (Fortaleza) a 18,15% (João Pessoa), em 2013. (Gráfico 7)

Segundo dados do SIA-SUS, em 2010 a produção desses procedimentos daria uma cobertura média nacional de 17%, com uma variação de 5,9% (RO) a 64% (TO) (BRASIL, 2012b). A cobertura média da primeira consulta odontológica programática nas 18 capitais, que registraram regularmente os dados no SIAB, foi de 10,35% em 2012, e 11,27% em 2013.

Considerando que a definição de primeira consulta odontológica programática inclui o ingresso do indivíduo a um programa de atendimento odontológico da ESB, e caracteriza-se pela realização de exame clínico odontológico com finalidade de diagnóstico e elaboração de um Plano Preventivo Terapêutico – PPT; onde não deverão ser registrados atendimentos eventuais, como os de urgência/emergência, que não tem seguimento previsto (BRASIL, 2012b). Os resultados referentes à cobertura da primeira consulta odontológica programática nas capitais estudadas estiveram abaixo de 20%, e valores ainda menores foram apresentados por em Maceió (1,15% e 3,03%), Salvador (2,20% e 2,65%), Fortaleza (2,97% e 2,17%) e Natal (2,48% e 5,00%); indicando que o acesso da população ao programa de atendimento odontológico integral e resolutivo, em áreas cobertas por ESB ainda é muito baixo.

O “Indicador cobertura da primeira consulta odontológica programática” deveria ser maior com o passar dos anos, em razão que já se passou uma década, desde que a odontologia foi inserida na Estratégia Saúde da Família com a justificativa de ampliar o acesso da população à atenção em saúde bucal (BRASIL, 2001). Somado a isso, tem a proposta da Política Nacional de Saúde Bucal, de mudar o modelo tradicional de prestação de serviços públicos odontológicos, que sempre foi centrado no atendimento de emergência ou dirigido a grupos prioritários (crianças em idade escolar), ampliando as possibilidades de acesso a cuidados de saúde bucal para toda a população. Teoricamente, esta nova organização deveria aumentar o acesso e promover o uso regular de serviços odontológicos para a população que reside em áreas cobertas pela ESF (ANTUNES e NARVAI, 2010).

Pereira et al (2012) em estudo que avalia o impacto da ESF sobre os indicadores de saúde bucal, concluíram que de acordo com os dados encontrados, a incorporação das equipes de saúde bucal da ESF deveria produzir melhores resultados, tendo em conta o investimento e a proposta de inversão de modelo. E segundo os autores, há claros indícios de que o modo como as estratégias são estabelecidas em cada local seja fator determinante para a ocorrência ou não de impacto sobre os indicadores.

De acordo com os princípios e diretrizes do SUS, todo cidadão brasileiro tem direito a assistência à saúde, de forma integral e resolutiva (BRASIL, 1990); neste contexto as equipes de saúde bucal que atuam na ESF devem adotar uma prática assistencial que seja integral na atenção, com vistas à resolução dos problemas de saúde bucal, realizando ações preventivas, curativas, reabilitadores e de promoção à saúde (SOUZA, 2008).

Em estudo que avalia modelos assistenciais de saúde bucal, Bulgareli et al (2014) concluíram que o modelo baseado na Saúde da Família obteve impacto efetivo sobre o acesso e a conclusão de tratamento odontológico iniciado, e consequentemente na questão da resolutividade na atenção básica.

O “Indicador Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas” oferece informações que podem auxiliar no planejamento do processo de trabalho das equipes de saúde bucal, de maneira a garantir acesso e resolubilidade no atendimento à população da área de abrangência da ESF. Através dele pode-se medir a capacidade das equipes em

concluir os tratamentos iniciados, como também ajudar na organização da demanda por atendimento odontológico (BRASIL, 2012b).

Neste estudo, somente Curitiba apresentou resultados (2,57 e 2,50) que apontam para uma deficiência em iniciar novos tratamentos, contudo possível falha no registro de dados, citada anteriormente, não oferece credibilidade para análise desse resultado. Ademais, Porto Velho (0,24 e 0,28), São Luís (0,33 e 0,16), Natal (0,13 e 0,18), João Pessoa (0,06 e 0,11), Aracaju (0,41 e 0,06) e Porto Alegre (0,23 e 0,28) apresentaram dificuldade em concluir os tratamentos iniciados, e este quadro de baixa resolubilidade foi semelhante em 2012 e 2013. Por outro lado, Palmas (0,79 e 0,74), São Paulo (0,77 e 0,76), Florianópolis (0,61 e 0,64) e Brasília (0,67 e 0,68) apresentaram resultados mais próximos a 1, e mesmo o número de tratamentos concluídos sendo menores que os iniciados não se pode afirmar que houve baixa resolubilidade. Ao examinar os resultados deste indicador é prudente investigar algumas questões que podem interferir na conclusão dos tratamentos, como: dificuldade de adesão do usuário; ter insumos e equipamentos disponíveis para a realização e conclusão dos PPT; e garantia de referências especializadas que condicionem a continuidade e conclusão dos tratamentos iniciados.

Sob a ótica da continuidade do tratamento nos outros níveis de atenção, a atual Política Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde se propõe a assegurar o atendimento odontológico nos níveis secundários e terciários de Atenção (EMMI e BARROSO, 2008). No entanto, o número de Centros de Referência de Especialidades Odontológicas (CEOS) no Brasil ainda se encontra muito aquém do necessário para responder aos problemas da população (MORETTI et al, 2010).

MATTOS et al (2014) reconhece que o acesso ao serviço odontológica na atenção básica está melhor, seja pela organização efetuada, seja pela expansão de equipes de saúde bucal da ESF, mas não se observa a garantia da atenção secundária e terciária, o que prejudica sobremaneira a efetivação da integralidade, no sentido do atendimento. Além disso, a organização da demanda ainda é um obstáculo a ser vencido, precisando ser melhor incorporada no processo de trabalho das equipes.

Outra questão que merece ser analisada na organização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal é o atendimento de urgência. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) constituem “porta

de entrada” do SUS (BRASIL, 2006b), e segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, o atendimento de urgência deve ser realizado na atenção básica, conforme o quadro apresentado pelo paciente, e ser assegurado os cuidados complementares em outras unidades, como pronto atendimento, pronto socorro e hospital (BRASIL, 2008). Contudo, percebe-se que os serviços de pronto atendimento odontológico muitas vezes encontram-se sobrecarregados, com casos de pacientes que apresentam baixo nível de complexidade do problema bucal, podendo ser atendidos na atenção básica (FONSECA et al, 2014).

A equipe de saúde bucal deve estar preparada para acolher os pacientes em caso de urgência odontológica e oferecer atendimento, dentro da capacidade da Atenção Básica. O indicador que mede o número médio de atendimentos de urgência odontológica por habitante fornece informações que auxiliam no planejamento, permitindo que seja feita uma avaliação da demanda de urgência na área de abrangência da ESB, e assim promover a organização do processo de trabalho com vistas ao acolhimento adequado nestas situações (BRASIL, 2012b).

A média de atendimentos de urgência odontológica por habitante nas 18 cidades deste estudo foi a mesma, 0,03, em 2012 e 2013. Talvez com o estabelecimento de parâmetros para este indicador, seja possível uma análise mais apurada.

Por fim, este estudo, apresentou informação relativa à média de instalações de próteses dentárias. Este indicador foi criado considerando os dados do SB Brasil 2010, onde é estimado que cerca de 3% da população brasileira necessita de prótese total em ao menos um maxilar (BRASIL, 2011d). A reabilitação protética foi incluída na Atenção Básica, a partir de 2004, com a Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004a).

Os resultados deste indicador ainda são muito baixos, a média das capitais participantes desta análise, foi de 0.01. Vale ressaltar que, por se tratar de um indicador de natureza cumulativa, entende-se que quanto maior o período, melhores serão os resultados (BRASIL, 2012b). Apesar de que, os melhores resultados foram observados em 2012, e em algumas capitais, houve redução deste indicador no ano de 2013, como foi o caso de João Pessoa (0,06 e 0,04), Campo Grande (0,06 e 0,03), Porto Alegre (0,04 e 0,01) e Maceió (0,05 e 0,00).

De acordo com o relatório do SB Brasil 2010, 22,4% dos adultos não possui pelo menos 21 dentes naturais, e a prevalência é maior em Manaus, Porto

Velho e Rio Branco (BRASIL, 2011d). Dessas cidades, Rio Branco não registra dados deste procedimento no SIAB, mas foi possível calcular este indicador em Porto Velho (0,28 e 0,00) e Manaus (0,41 e 0,01), em ambos os casos houve piora do indicador de 2012 para 2013. Com relação aos idosos, a situação é ainda mais grave, pois 53,7% são edêntulos, e Rio Branco apresenta o pior resultado (PERES et al, 2013).

O município de Rio Branco foi uma das capitais que apresentou as piores taxas de cobertura de equipes de saúde bucal na ESF, 14,24% (2012) e 1,16% (2013), e a análise dos indicadores de saúde da atenção básica foi inviabilizada, por não haver registros regulares no SIAB. Situações como esta, indicam mais uma vez falta de compromisso da gestão municipal em organizar os serviços de saúde, considerando os instrumentos de monitoramento e avaliação. Este caso pode ser utilizado como exemplo para demonstrar a importância em se utilizar a informação em saúde, como ferramenta essencial no planejamento de ações de saúde e definição de políticas que atendam às necessidades da população (CARVALHO, 2009). A análise integrada dos indicadores epidemiológicos e assistenciais permitiria a identificação dos principais problemas de saúde bucal, e desse modo, viabilizaria o planejamento de ações e serviços de saúde bucal de maneira equitativa, resolutiva e integral. (GOES, 2008; GOES e MOYSÉS, 2012b)

Ademais, outras cidades também apresentaram este mesmo problema, o que nos leva a entender que a melhoria na qualidade da atenção em saúde bucal no Brasil, depende sobremaneira da forma como as informações são utilizadas. Não basta apenas adotar políticas de saúde propostas pelo governo Federal, ou registrar dados de produção no sistema de informação em saúde. É preciso que haja compromisso da gestão na execução das políticas, devendo-se para tanto registrar e utilizar a informação com responsabilidade. Segundo Moraes e Gomez (2007), a utilização ética e fidedigna de dados produzidos com qualidade, servirá à produção de informações importantes e pertinentes, mas do contrário será responsável por disseminação de equívocos no setor saúde.

De acordo com Moraes (2007) os indicadores de saúde utilizados em uma avaliação são importantes para garantir a credibilidade da informação, por traduzirem os conceitos contemplados no programa, seu contexto e os efeitos esperados, dentro de uma medida específica que permita sua interpretação.

No Brasil, a ausência de informações de saúde bucal por muitos anos em importantes sistemas, como o SIAB, é considerada um dos obstáculos para sistematização de uma estratégia vigilância à saúde bucal no país (MOYSÉS et al, 2013). Como somente em 2012 foram inseridos dados no SIAB que permitem a construção de indicadores relevantes de saúde bucal que orientem os processos avaliativos, ainda não existem parâmetros para comparar esses indicadores.

Para Costa e Castanhar (2003), os parâmetros podem ser absolutos, quando as metas estabelecidas por um programa são consideradas como o padrão a ser alcançado; históricos, quando é possível comparar os resultados alcançados com os de períodos anteriores; normativos, quando comparam o desempenho de um programa com outros similares; teóricos, quando estabelecidos na própria elaboração do programa, sob a hipótese da obtenção dos resultados esperados, dado os recursos disponíveis; e negociados ou de compromisso, quando que se baseiam em algum procedimento específico para sua fixação, decorrente de acordo entre as partes envolvidas na gestão de programa e os formuladores.

Sendo assim, pode-se afirmar que neste estudo foi feita uma análise geral da atenção em saúde bucal, através da interpretação e comparação dos indicadores, num determinado espaço de tempo, de acordo com a disponibilidade dos registros no SIAB.

7 Considerações Finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A impossibilidade de se obter todos os dados necessários para cálculo dos indicadores de saúde das 27 capitais brasileiras, referentes a 2012 e 2013 demonstrou que existem falhas tanto no sistema de informação da atenção básica (SIAB), como na gestão municipal de saúde, no que cerne ao registro dos dados de saúde do município.

Desta forma, só foram apresentados os indicadores de saúde bucal da atenção básica de 18 capitais. E ainda assim, foram percebidos sérios problemas de registro e padronização, em algumas cidades, comprometendo a confiabilidade dos resultados de indicadores como: “média da ação coletiva escovação dental supervisionada”; “cobertura da primeira consulta odontológica programática” e “razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas”. Esses problemas de registro indicam que ainda há muito que ser feito no Brasil, no que tange a capacitação de recursos humanos para trabalhar com sistema de informação em saúde, e usufruir dos benefícios dessa tecnologia no uso da informação em saúde.

A análise dos indicadores de saúde bucal não ofereceu informações suficientes que permitisse traçar um perfil da atenção em saúde bucal, ou identificar qual dimensão da atenção está sendo priorizada, se é a promoção, a prevenção ou a cura. Foi observada muita variação dos indicadores entre as cidades, o que é justificado devido às diferenças socioeconômicas e culturais do país.

Numa avaliação comparativa entre os indicadores de 2012 e 2013, a cobertura das equipes de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família não apresentou grande variação, sendo que das 18 capitais analisadas 11 aumentaram a cobertura em 2013. De maneira geral, também houve equilíbrio, no período analisado, dos indicadores “média da ação coletiva escovação dental supervisionada”, “cobertura da primeira consulta odontológica programática” e “razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas”. Sendo que o desempenho dos indicadores “média da ação coletiva escovação dental supervisionada” e a “cobertura da primeira consulta odontológica programática” foi ligeiramente melhor em 2013. Cabe salientar, que no caso desses indicadores não foram consideradas as cidades que apresentaram indicativo de

possíveis erros no registro das referidas ações. Já com relação aos indicadores “média de instalações de próteses dentárias” e “média de atendimentos de urgência odontológica por habitante”, que servem para monitorar a oferta desses serviços na área de abrangência da equipe de saúde bucal, foi possível identificar que houve maior número de próteses dentárias instaladas em 2012, enquanto que a média de atendimentos de urgência odontológicas foi a mesma em 2012 e 2013.

Diante das limitações apresentadas neste estudo, com relação à obtenção e à confiabilidade no registro de dados de saúde bucal no SIAB, a utilização dos indicadores de saúde não viabilizou a produção de informações consistentes que permitissem a análise da atenção em saúde bucal no país.

Nesse sentido é importante avaliar as ações propostas pela Política Nacional de Saúde Bucal não só pelo efeito global que elas exercem no contexto da saúde pública, como é o caso da cobertura das equipes de saúde bucal na ESF, mas também pela eficácia e efetividade dos resultados apresentados. E a avaliação desses resultados depende do fortalecimento do sistema de informação em saúde, de maneira que os dados sejam gerados com regularidade e continuamente, pela gestão de saúde dos municípios, a fim de fornecer informações através dos indicadores de saúde. Além do mais, se base de dados como o SIAB não oferece condições para ser utilizada na identificação de prioridades em saúde, conclui-se que a programação das ações em saúde é idealizada de maneira empírica.

Diante do exposto, sobram reflexões e questionamentos acerca de como avaliar e planejar as ações de saúde bucal no contexto do SUS, frente às fragilidades apresentadas pelo SIAB. E cabe questionar até que ponto a atual Política do Brasil Sorridente, no âmbito da Atenção Básica do SUS, vem conduzindo (ou não) a uma universalização do acesso da população aos serviços, bem como perguntar se as ações propostas tem acontecido de maneira a contribuir (ou não) para uma distribuição de recursos e oferta de serviços de saúde bucal, de modo a contemplar a pretendida equidade. E, ainda, indagar de que modo a ampliação da cobertura de equipes de saúde bucal na ESF tem implicado em mudanças na organização de serviços e práticas, que se aproximem da configuração do “modelo de atenção” baseado no ideal de integralidade do cuidado à saúde dos indivíduos e da população.

As respostas para questões como estas, só serão obtidas quando os sistemas de informação em saúde disponibilizarem informações confiáveis e

consistentes, que permitam ser apresentadas através de indicadores de saúde, facilmente compreendidos por gestores, profissionais da “ponta”, usuários e comunidade acadêmica.

Referências

REFERÊNCIAS

ABREU, S. C. C. **Avaliação da implantação do programa de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família, na zona leste do município de São Paulo, 2008.** 2008. 219p. Dissertação (Mestrado em Odontologia Social) – Faculdade de Odontologia. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

ABRUNHOSA, M. A. **A Informação e a comunicação no trabalho do agente comunitário de saúde.** 2011. 102p. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2011.

ALMEIDA et al. Ações preventivas em saúde bucal desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família: como os dentistas estão avaliando os resultados no seu processo de trabalho? **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 578-586, 2010.

ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 360- 365, 2010.

BALDANI, M. H.; ANTUNES, J. L. F. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in the area covered by the Family Health Strategy. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, sup. 2, p. S272-S283, 2011.

BARROS, S. G.; CHAVES, S.C.L. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.12, n. 1, p. 41-51, 2003.

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

BORDIN, D.; FADEL, C. B. Indicadores de saúde bucal na atenção básica e o impacto na cárie dentária. **Rev. Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 5, n. 2, p. 8- 21, Mai./Ago. 2012.

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 União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília, DF, 1998. 523p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº MS 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa da Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 dez. 2000. Seção 1, p. 85.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº MS 267, de 06 de março de 2001. Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 mar. 2001. Seção 1, p. 67.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica**. Brasília, DF, 2003a. 96 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº MS 673, de 03 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica - PAB. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 jun. 2003b. Seção 1, p. 85

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília, DF, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informação e informática do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática**. Brasília, DF, 2004b. 38 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação**. Brasília, DF, 2004c. 72 p.

_____. 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, 2005a. 36 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de

Saúde Bucal. **Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003: Resultados Principais.** Brasília, DF, 2005b, 68p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica.** Brasília, DF, 2005c, 523p.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família:** documento técnico. Brasília, DF, 2005d, 110p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº MS/GM 493, de 10 de março de 2006. Aprova a relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e ministério da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, mar. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 de mar. 2006b. Seção 1, página 71.

_____. 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, 2006c. 200 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº MS 91, de 10 de janeiro de 2007. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 de jan. 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Proposta de Ficha D-Saúde Bucal para o SIAB – Documento para Consulta Pública. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº17. **Saúde Bucal.** Brasília, DF, 2008. 92p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº MS 2.669, de 3 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 de nov. 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Textos Básicos de Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Brasília, DF, 2009b. 148p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: primary care assessment tool pcatool**. Brasília, DF, 2010a. 80p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº MS 3.840, de 7 de dezembro de 2010. Inclui a Saúde Bucal no Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, e estabelece as diretrizes, orientações e prazos do processo de ajuste de metas para o ano de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 dez. 2010b. Seção 1, p. 72.

_____. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011a. Seção 1, p. 9.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Acompanhamento e Avaliação. **Instrutivo do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. Versão 2. Brasília, DF, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº MS 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 jul. 2011c. Seção 1, p. 79.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Projeto SBBrasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais**. Brasília, DF, 2011d, 92p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)**. Brasília, DF, 2012a. 110 p.

_____. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo. **Programa Nacional de Melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ)**. Brasília, DF, 2012b. 79p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Coordenação Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interfederativa. **Orientações acerca dos indicadores da pactuação de diretrizes, objetivos e metas 2012**. Brasília, DF, 2012c. 72p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº MS 3.012, de 26 de setembro de 2012. Redefine a composição das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família constante na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 dez. 2012d. Seção 1, p. 205.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília, DF, 2013. 38p.

BULGARELI, J. et al. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19 n. 2, p. 383-391, 2014.

CAMARGO, J. R.; COELI, C. M.; MORENO, A. B. Informação e Avaliação em Saúde. MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de. **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz; 2007, p. 251-266.

CARNUT, L. et al. Caracterização das ações de saúde bucal na atenção básica por meio do uso da ficha-D saúde bucal: resultados preliminares. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v.13, n. 3, p. 50-56, 2011.

CARVALHO, A. L. B. Informação em saúde como ferramenta estratégica para a qualificação da gestão e o fortalecimento do controle social no SUS. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 3, n. 3, p. 16-30, Jul./Set. 2009.

CARVALHO et al. A dinâmica da equipe de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, Jan./Jun. 2004.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, Jul-Set. 1997.

CHAVES, S. C. L.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1119-1131, Mai. 2007.

CHON, A.; WESTPHAL, M. F.; ELIAS, P. E. Informação e decisão política em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 114-121. 2005.

COLUSSI, C. F. **Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal em Santa Catarina**. 2010. 298 p. Tese (Doutorado em Odontologia) -, Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2010.

COLUSSI, C.F.; CALVO, M.C.M. Avaliação da Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma revisão da literatura. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v.3, n.1, p.92-100, 2012.

COLUSSI, C.F.; CALVO, M.C.M. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1731-1745, Set. 2011.

CORDÓN, J. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 557-563, 2007.

COSTA, F.L.; CASTANHAR J.C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.37, n.5, p.969-92, Out. 2003.

DE SALAZAR, L. **Evaluación de efectividad en promoción de la salud**. Guia de evaluación rápida. Santiago de Cali: Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública; 2004, 207p.

DRUMOND JÚNIOR, M. **Epidemiologia e saúde pública: reflexões sobre o uso da epidemiologia nos serviços do sistema único de saúde em nível municipal**. 2001. 189 p. Tese (Doutorado), Faculdade de Ciências Médicas. Universidade estadual de Campinas. Campinas, 2001.

EMMI, D. T.; BARROSO, R. F. F. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 35-41, 2008.

EGRY et al. Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na Estratégia Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 43, n. spe2, São Paulo. 2009.

FACCHINI, L. A. et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 1, p. S159-S172, 2008.

FERNANDES, L. S.; PERES, M. A. Condições socioeconômicas e serviços odontológicos. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 930-936, 2005.

FISCHER, T. K. **Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, fluoretação de águas e a Estratégia de Saúde da Família no sul do Brasil**. 2008. 125 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2008.

FONSECA, D. A. V. et al. Influência da organização da atenção básica e das características sociodemográficas da população na demanda pelo pronto atendimento odontológico municipal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19 n. 1, p. 269-277, 2014.

FRAZÃO, P. A participação do pessoal auxiliar odontológico na promoção de saúde bucal. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, v. 12, n. 4, p. 329-336, out./dez. 1998.

GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde seletiva ou abrangente? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 1, p. S21-S23, 2008.

GOES, P. S. A. Vigilância à saúde bucal para o nível local: uma abordagem integrada para as equipes de saúde bucal da estratégia de saúde da família. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. **Saúde bucal das famílias**. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 258-287.

GOES, P. S. A.; MOYSÉS, S. J. A formulação de políticas públicas de saúde bucal. _____. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes médicas; 2012a. p. 15-32.

GOES, P. S. A.; MOYSÉS, S. J. A utilização da informação para o planejamento e a programação em saúde bucal. _____. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes médicas; 2012b. p. 56-69.

HARTZ, Z. M. de A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (org.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 275p.

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A trajetória da atenção básica em saúde e do programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. LIMA, N. T. et AL (org.). **Saúde e Democracia**: História e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2005. p. 481-502.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2010/default_pdf.shtm>.

JACCOTTET, C. M. G. et al. Avaliação das necessidades de tratamento odontológico e da capacidade produtiva da rede de atenção básica em saúde bucal no município de Pelotas, estado do Rio Grande do SUL, Brasil, 2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, n. 2, p. 333-340, Abr-Jun. 2012.

JÚNIOR, M. D. Epidemiologia em serviços de saúde: conceitos, instrumentos e modo de fazer. Campos, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p 419-56.

KUSMA, S. Z.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. S9-S19, 2012.

LAURENTI, R. et al. **Estatísticas de saúde**. São Paulo: E.P.U. 1987. 186p.

LINS, A. M.; CECÍLIO, L. C. O. Campos de intervenções organizacionais: a contribuição das ciências humanas para uma leitura crítica das propostas de gestão das organizações de saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 11, n. 23, p. 503-514, Set-Dez. 2007.

LIRA JÚNIOR, R. et al. Indicadores socioeconômicos e desigualdades em saúde bucal no Brasil. **Rev. Odontol. Bras. Central**, v. 20, n. 52, p. 20-24, 2011.

MACHADO, C. V. et al. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-532, Mar., 2011.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 403-415, 2003.

MATTOS, G. C. M. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19 n. 2, p. 373-382, 2014.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R. orgs. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R. orgs. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2a edição. São Paulo: Hucitec; 2002. p.113-150.

MOYSÉS, S. J. et al. Avanços e desafios à Política de Vigilância à Saúde Bucal no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, sup. 3, p. 161-167, 2013.

MORAES, I. H. S. **Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. Rio de Janeiro: Hucitec; 1994.

MORAES, I. H. S. **Reflexões sobre o Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação e Informação em Saúde**. Relatório do Seminário Nacional de Comunicação e Informação e Informática em Saúde, para o exercício do Controle Social. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

MORAES, I. H. S.; GOMEZ, M. N. G. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 553-565, 2007.

MOREIRA, T. M. A. **Avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase: um estudo de caso**. 2002. 188 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

MORETTI A. C. et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba- PR. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 1, p. 1827-1834, 2010.

MOTA, E.; CARVALHO, D. M. Sistemas de Informação em Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 505-21.

NAKAGAWA, M. C. S. **Avaliação das práticas em serviço público odontológico na Estratégia Saúde da Família**. 2011. 298 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) - Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2011.

NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Santos; 2002.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Políticas de Saúde Bucal no Brasil. MOYSÉS, S. T. et al (coord.). **Saúde bucal das famílias**. São Paulo: Artes médicas; 2008. p. 1-20.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. O SUS e a Política Nacional de Saúde Bucal. PEREIRA, A. C. **Tratado de saúde coletiva em odontologia**. São Paulo: Napoleão; 2009. p. 17-34.

NEDEL, F. B. et al. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1041-1052, 2008.

NICKEL, D. A. **Modelo de avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal**. 2008. 76p. Dissertação (Mestre em Saúde Pública) - Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

OLIVEIRA, A. G. R. da C. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil. **Epidemiologia da saúde bucal**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. P. 32-48.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Uso y perspectivas de La epidemiologia**. Washington, 1984.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Indicadores de Salud: elementos básicos para el análisis de La situación de salud. **Boletín Epidemiológico**, v. 22, n. 4, p. 1-5, 2001.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. _____. **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado arte. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. esp., p. 73-78, 2006.

PALMIER, A. C. et AL. Indicadores socioeconômicos e serviços odontológicos em uma região brasileira desfavorecida. **Rev Panam Salud Publica**, v.32, n.1, p. 22-29, 2012.

PEREIRA, C. R. S et al. 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, mai, 2009.

PEREIRA, C. R. S. et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 449-462, Mar., 2012.

PERES, M. A. et al. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, sup. 3, p. 78-79, 2013.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE – RIPSA. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2008. 349 p.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 355-365, 1999.

ROCHA, R. A. C. P.; GOES, P. S. A. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2871-2880, Dez., 2008.

RONCALLI, A. G. A epidemiologia: um olhar coletivo sobre a saúde bucal. In: FERREIRA, M. A. F., RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. **Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar**. Natal: EDUFRRN; 2004. p. 39-62

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

RONCALLI, A. G. Indicadores de saúde e de saúde bucal: desafios para seu uso em modelos assistenciais. PEREIRA, A. C. **Tratado de saúde coletiva em odontologia**. São Paulo: Napoleão; 2009. p. 413-430.

SALA, A. A avaliação de programas de saúde. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.) **Programação em saúde hoje**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1993. p.117-138.

SILVA, P. R. A. **Avaliação da atenção à saúde bucal no Programa Saúde da Família do Recife: níveis de qualidade e aspectos contextuais relevantes**. 2008. 175 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2008.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.80-91, jan./mar., 1994.

SOARES, S. C. M. **Avaliação da saúde bucal na atenção básica: a perspectiva do usuário**. 2007. 111 p. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social), Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2007.

SOÁREZ, P. C. D.; PADOVAN, J. L.; CICONELLI, R. M. Indicadores de saúde no Brasil: um processo em construção. **RAS** , São Paulo, v.7, n.27, p.57-64, abr./jun., 2005.

SOUZA, D. S. Visão político-programática da participação da saúde bucal na ESF: Uma visão no âmbito estadual. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. **Saúde bucal das famílias**. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 21- 46.

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

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002. 726 p.

TAUIL, P. L. A importância do uso dos sistemas de informação em estudos e pesquisas na área de epidemiologia. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 13, n. 1, p. 5-6, 2004.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **IESUS**, v. 7, n. 2, p. 7-28, Abr-Jun. 1998.

TEIXEIRA, N. D. et al. Avaliação da evolução da demanda de saúde bucal através do uso de sistemas de informação em saúde. **Rev. enferm. saúde**, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 50-59, jan/mar, 2011.

TERRERI, A. L. M.; GARCIA, W. G. A Contribuição dos bancos de dados sobre desenvolvimento social e saúde para a reorganização do modelo municipal de saúde bucal. **Revista Brasileira de Odontologia e Saúde Coletiva**, v. 2, p. 25-33, 2001.

TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p. 429-435, Abr.-Jun. 1998.

VIACAVA F. Informação em saúde: importância dos inquéritos populacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 607-621, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata, 6-12 setembro 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Oral health surveys: basic methods. 4 ed. Geneva: ORH/EPID; 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva; 2007.

Anexos

ANEXO A – Ficha A

Ficha A Ficha para cadastramento das famílias
--

Ficha A - frente - modelo

FICHA A	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA	UF
ENDEREÇO	NÚMERO 	BAIRRO
CEP 		
MUNICÍPIO 	SEGMENTO 	ÁREA
MICROÁREA 	FAMÍLIA 	DATA

CADASTRO DA FAMÍLIA

PESSOAS COM 15 ANOS OU MAIS	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO	OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
NOME				sim não		

PESSOAS DE 0 A 14 ANOS	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQUENTA A ESCOLA	OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
NOME				sim não		

Ficha A, verso - modelo

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA	
Tijolo/Adobe	
Taipa revestida	
Taipa não revestida	
Madeira	
Material aproveitado	
Outro - Especificar:	
Número de cômodos / peças	
Outro - Especificar:	
Número de cômodos / peças	
Energia elétrica	
DESTINO DO LIXO	
Coletado	
Queimado / Enterrado	
Céu aberto	

TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Filtração	
Fervura	
Cloração	
Sem tratamento	
ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Rede pública	
Poço ou nascente	
Outros	
Rede pública	
Poço ou nascente	
Outros	
DESTINO DE FEZES E URINA	
Sistema de esgoto (rede geral)	
Fossa	
Céu aberto	

OUTRAS INFORMAÇÕES

[illegible]

EM CASO DE DOENÇA PROCURA	
Hospital	
Unidade de Saúde	
Benzedeira	
Farmácia	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA	
Rádio	
Televisão	
Outros - Especificar:	
Outros - Especificar:	

PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Cooperativa	
Grupo religioso	
Associações	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
Onibus	
Caminhão	
Carro	
Carroça	
Outros - Especificar:	
Carro	
Carroça	
Outros - Especificar:	

A família é beneficiária do Programa Bolsa Família?		NIS do Responsável [][][][][][][][][][][][][][][][]
A família está inscrita no Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal (CAD-Único)?		

OBSERVAÇÕES

ANEXO B - Ficha D- Complementar

FICHA D Complementar		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA												ANO. [][] MÊS [][]				
MUNICÍPIO [][][][][][][][]		SEGMENTO [][]		UNIDADE [][][][][][][][]		ÁREA [][][]		MICROÁREA [][]		CBO PROFISSIONAL [][][][][][][][]								
REGISTRO DE ATIVIDADES, PROCEDIMENTOS E NOTIFICAÇÕES																		
DIAS ↔																		Total
Tipos de Consulta Médica	Demanda Agendada																	
	Demanda Imediata																	
	Cuidado Continuado																	
	Urgência com Observação																	
Tipos de Atendimento do Médico e do Enfermeiro	Usuário de Alcool																	
	Usuário de Drogas																	
	Saúde Mental																	
Tipos de Atendimento do Cirurgião Dentista	1ª Consulta Odontológica Programática																	
	Escovação Dental Supervisionada																	
	Tratamento Concluído																	
	Urgência																	
	Atendimento a Gestantes																	
	Instalações de Próteses Dentárias																	
Encaminhamento da Saúde Bucal																		
Atenção Secundária em Saúde Bucal																		
Marcador de Saúde Bucal																		
Diagnóstico de Alteração de Mucosa																		

Fonte: BRASIL, 2011a.

ANEXO C – Relatório PMA2- Complementar

Relatório PMA2-C	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA				
MUNICIPIO [][][][][][][][][]	SEGMENTO [][]	UNIDADE [][][][][][][][][]	AREA [][][]	MES [][]	ANO [][][][]
RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO – COMPLEMENTAR

ATIVIDADES/ PRODUÇÃO		
Tipos de Consulta Médica	Demanda Agendada	
	Demanda Imediata	
	Cuidado Continuado	
	Urgência com Observação	
Tipos de Atendimento do Médico e de Enfermeiro	Usuário de álcool	
	Usuário de drogas	
	Saúde Mental	
Tipos de Atendimento do Cirurgião Dentista	1ª Consulta Odontológica Programática	
	Escovação Dental Supervisionada	
	Tratamento Concluído	
	Urgência	
	Atendimento a gestantes	
	Instalações de próteses dentárias	
Encaminhamento da Saúde Bucal	Atenção Secundária em Saúde Bucal	

MARCADOR DE SAÚDE BUCAL	
Diagnóstico de alteração na mucosa	