

FAUSTO SOUZA MARTINO

**ANÁLISE DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E PROPOSTA DE
INDICADORES DE SAÚDE BUCAL A SEREM UTILIZADOS PELOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE OSASCO**

São Paulo

2008

FAUSTO SOUZA MARTINO

**Análise dos sistemas de informação e proposta de indicadores de
saúde bucal a serem utilizados pelos municípios
da região de Osasco**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Odontologia da Universidade de São Paulo, para
obter o Título de Mestre em Ciências Odontológicas.

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientadora: Profa. Dra. Maria Ercilia de Araujo

São Paulo

2008

FOLHA DE APROVAÇÃO

Martino FS. Análise dos sistemas de informação e proposta de indicadores de saúde bucal a serem utilizados pelos municípios da região de Osasco [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2008.

São Paulo, ___/___/___

Banca Examinadora

1)Prof(a).Dr(a)._____

Titulação:_____

Julgamento:_____ Assinatura:_____

2)Prof(a).Dr(a)._____

Titulação:_____

Julgamento:_____ Assinatura:_____

3)Prof(a).Dr(a)._____

Titulação:_____

Julgamento:_____ Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Luiz (*in memorian*) e Wilma, pelo exemplo de vida, dedicação, carinho e amor incondicional.

Ao meu irmão Luiz Vicente pela amizade, caminhos desbravados e proteção constante.

À minha esposa Cibelle por seu amor, carinho, auxílio e companheirismo. Por compreender os momentos de ausência e por todos momentos de felicidade que temos vivido.

À minha filha Gabriela pela alegria trazida a cada dia.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Professora Maria Ercilia de Araujo pela disponibilidade, compreensão, confiança, oportunidade, acolhimento, amizade, apoio e valiosa orientação.

Ao Professor Doutor Antônio Carlos Frias, não só pelo auxílio e colaborações desde a origem até a conclusão deste trabalho, mas pelo constante apoio e amizade.

Ao Professor Celso Zilbovicius pela disponibilidade, incentivo e apoio.

Ao Professor Carlos Botazzo pela colaboração e ajuda.

Aos professores e às secretárias do Departamento de Odontologia Social da FOU SP pelo acolhimento e disponibilidade.

À colega Rebeca da Silva Barros e ao acadêmico Pedro Henrique do Rosário Nogueira de Sá pela colaboração nas oficinas com os coordenadores de saúde bucal.

À Secretaria Municipal de Saúde de Taboão da Serra, na figura do amigo e Secretário de Saúde José Alberto Tarifa Nogueira, pelo apoio e compreensão.

À Secretaria Municipal de Saúde de Embu, representada pela Coordenadora de Saúde Bucal, Olga Maria Dias Agostinho Pires, pelo apoio e atenção.

Aos colegas coordenadores de saúde bucal integrantes do Comitê de Saúde Bucal da região de Osasco pela amizade e disponibilidade durante a coleta de dados e o desenvolvimento deste trabalho.

Ao CNPq pelo financiamento deste projeto.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para o a conclusão deste trabalho.

“Grandes realizações não são feitas por impulso, mas por uma soma de pequenas realizações”.

Vincent Van Gogh

Martino FS. Análise dos sistemas de informação e proposta de indicadores de saúde bucal a serem utilizados pelos municípios da região de Osasco [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2008.

RESUMO

Indicadores são essenciais para os serviços de saúde tanto no diagnóstico, como na avaliação e controle de suas ações. Com a evolução do SUS, os municípios ainda estão se adequando às novas funções decorrentes do processo de municipalização. Para tanto, é imprescindível um sistema de informação em saúde consistente, fator preponderante no planejamento. O objetivo deste trabalho foi analisar os sistemas de informações e os indicadores de saúde bucal utilizados pelos municípios da região de Osasco, bem como aperfeiçoá-los e propor o uso de outros indicadores. O estudo foi desenvolvido nos municípios pertencentes à extinta Direção Regional de Saúde (DIR) V – Osasco, através do Comitê de Saúde Bucal da região. Inicialmente, os coordenadores de saúde bucal responderam questionários referentes aos sistemas de informações e indicadores utilizados. Em seguida, foram realizadas oficinas com estes coordenadores para aprimoramento destas ferramentas. Observou-se que os municípios enfrentam problemas para o efetivo uso dos indicadores no controle, avaliação e planejamento de ações de saúde bucal. Espera-se que a região, através das coordenações locais de saúde bucal, desenvolvam mecanismos para utilizar cada vez mais e com maior qualidade as informações geradas pelos seus sistemas de informações e possam traduzi-las em indicadores confiáveis e úteis para o fortalecimento de suas gestões.

Palavras Chave: Sistema de informação, indicador, saúde bucal

Martino FS. Analysis of information systems and proposal of indicators of oral health to be used by municipalities in the region of Osasco [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2008.

ABSTRACT

Indicators are essential for health care both in diagnosis, as in the evaluation and control of their actions. With SUS development, municipalities are still adjusting to the new tasks arising from municipalization process. So, a consistent health information system is very important, predominant factor in planning. The purpose of this study was to analyze information systems and oral health indicators used by municipalities in the region of Osasco, besides improve them and propose the use of other indicators. The study was conducted in the municipalities belonging to the defunct Regional Direction of Health (DIR) V - Osasco, through the Committee for Oral Health in the region. Initially, the coordinators of oral health filled out questionnaires concerning information systems and indicators used. Then workshops were held with these coordinators to improve these tools. It was observed that municipalities face problems for the effective use of the indicators in control, evaluation and planning of actions of oral health. It is expected that the region, through the coordination of local oral health, develop mechanisms to use ever more and with higher quality the information generated by its information systems, translating them into useful and reliable indicators for the strengthening of their management .

Keywords: Information system, indicator, oral health

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
3 PROPOSIÇÃO.....	33
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	34
5 RESULTADOS.....	38
6 DISCUSSÃO.....	44
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS.....	50
ANEXO.....	55

1 INTRODUÇÃO

A utilização de indicadores para diagnóstico, avaliação, acompanhamento, controle dos serviços e nas orientações de suas ações é essencial para os serviços de saúde.

Com a constante evolução do Sistema Único de Saúde (SUS), os municípios brasileiros ainda estão se adequando às novas funções decorrentes do processo da municipalização. De acordo com a lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, “compete à esfera municipal do SUS o papel de planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde” (BRASIL, 1990).

A descentralização político-administrativa da saúde transferiu o planejamento, a execução e a avaliação das ações de saúde para a esfera do município. Neste processo, os órgãos Federal e Estadual do setor saúde repassam aos órgãos municipais responsáveis e seus representantes a responsabilidade de organizar as estratégias e as ações de saúde, de acordo com as realidades e necessidades da comunidade (RONCALLI, 2006).

Modelos de saúde estruturados a partir de bases epidemiológicas trazidos com o SUS propiciaram a geração de informações em saúde, e conseqüentemente em saúde bucal (RONCALLI et al., 2000).

A importância assumida pela informação na sociedade moderna é reforçada por Branco (1996), fundamentando que o processo de descentralização no setor

saúde não deve se restringir a ações em serviços, mas contemplar também a descentralização da informação.

Para que possa haver uma adequada gestão da informação, é necessário que todos os profissionais se sintam partícipes e responsáveis pela sua produção e utilização, isto é, que exista uma cultura institucional de valorização da informação (SCHOUT; NOVAES, 2007).

A melhoria da qualidade das estatísticas de saúde depende básica e fundamentalmente do preparo e da capacitação do pessoal que está diretamente ligado às diferentes fases do sistema de informação no setor saúde. Desde a simples coleta de dados até a tomada de decisões, deve haver motivação e treinamento, de acordo com as funções e responsabilidades de cada indivíduo (SILVEIRA, 1974).

O planejamento em saúde é um processo que depende do conhecimento íntimo da situação atual de um sistema e da definição a que se pretende chegar (MANFREDINI, 2003).

O desenvolvimento de um Programa Integrado de Saúde exige o conhecimento das condições de saúde e doença de determinada comunidade, para que seja possível prever e planejar os recursos que serão necessários. Esse conhecimento, denominado pelos sanitaristas como diagnóstico de saúde, não se trata de diagnóstico de saúde ou doença de um único indivíduo, mas sim de uma comunidade, sendo, portanto, um diagnóstico de saúde coletiva (NARVAI; ARAÚJO 2001).

Para que um diagnóstico de saúde coletiva seja realizado, é necessário o uso de instrumentos denominados indicadores de saúde, os quais são obtidos através

de dados coletados através de um sistema de informação. Este sistema de informação em saúde deve apresentar confiabilidade.

Para que os gestores locais do sistema de saúde possam desempenhar plenamente estas novas funções advindas da consolidação da implantação do SUS. O sistema de informação em saúde deve ser consistente, base da construção de indicadores que deverão ser plenamente utilizados na avaliação dos serviços, fator preponderante no planejamento em saúde.

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

Desde a década de 1990, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde discutem um modelo de avaliação da gestão de saúde baseado em indicadores. Estes são divididos em eixos de análise conforme ações programáticas de saúde, ou seja, saúde da criança, saúde da mulher, controle de hipertensão, diabetes, tuberculose, eliminação da hanseníase, saúde bucal e outros, de modo a fornecer instrumentos aos gestores municipal e estadual, com o intuito de aperfeiçoar a gestão do SUS.

Dentre os pressupostos para a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal trazidos pela Política Nacional de Saúde Bucal estão a utilização da epidemiologia e das informações sobre o território para subsídio do planejamento, além do uso de indicadores adequados (BRASIL, 2004).

A literatura traz a avaliação de desempenho dos serviços de saúde, com especial ênfase, nos serviços de assistência médica. Isso se deve a fatores como os

relacionados à busca de maior eficiência, ou seja, conseguir que os sistemas de serviços de saúde desempenhem suas funções da melhor forma possível diante dos constrangimentos financeiros que se generalizaram em todos os países nas últimas décadas (VIACAVA et al., 2004).

Portanto, é importante conhecer como os gestores de saúde, em especial os de saúde bucal gerenciam as informações. É fundamental que os mesmos se apropriem da prática de controle e avaliação dos serviços no que se refere aos resultados de políticas, à situação da assistência ou às condições de saúde de uma população para que o planejamento das ações esteja calcado em bases epidemiológicas e na necessidade da população.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Informação em saúde

Carvalho e Eduardo (1998) traduzem informação como o significado que o homem atribui a um determinado dado, por meio de convenções e representações. Em consequência, toda informação obtida deve gerar uma decisão que desencadeará uma ação.

De acordo com os mesmos autores, informação em saúde é um instrumento de apoio decisório para o conhecimento da realidade sócio-econômica, demográfica e epidemiológica, para o planejamento, gestão, organização e avaliação nos vários níveis que constituem o SUS.

Moraes (1998) destaca a "ascensão da informação", na qual uma palavra (informação) é transformada em objeto complexo de estudos e indagações. Isto vem obrigando o pensamento ocidental contemporâneo a refletir profundamente sobre o espectro de repercussões deste 'fenômeno'. A informação passa a ser uma questão a ser desvendada e a demandar uma ação de gestão. Gestão esta que enfrenta a fragmentação crescente em torno das mais diferentes dimensões da vida nas sociedades contemporâneas.

A informação, por sua característica intrínseca, é considerada como o elemento chave na tomada de decisões. O sistema de informações é considerado, portanto, sistema fundamental para o setor saúde (SILVEIRA, 1974).

Branco (1996) destaca a importância assumida pela informação na sociedade moderna, indicando como fundamental que o processo de descentralização no setor saúde não se restrinja a ações em serviços, mas contemple também a descentralização da informação.

A disponibilidade de informação, alicerçada em dados válidos e confiáveis, é essencial para a análise da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões e programação de ações de saúde (BRASIL, 2001).

Branco (1996) afirma que a informação em saúde tem a finalidade de identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos para análise da situação e subsidiando a busca de alternativas de encaminhamento. Sendo assim, devem abranger as informações relativas ao processo saúde/doença e as de caráter administrativo, ambas essenciais ao processo de tomada de decisão no setor.

A construção de Sistemas de Informação em Saúde (SIS) requer equipe multiprofissional, sendo imprescindível a opinião dos profissionais e usuários. (CARVALHO; EDUARDO, 1998, NARVAI, 1996).

Silveira (1974) e Schout e Novaes (2007) reforçam a importância dos profissionais em cada uma de suas atribuições, desde o gerador do dado até os tomadores de decisões para garantir qualidade das informações.

Terreri (1999) define sistema de informação como um instrumento colocado a serviço de determinada política, sendo estruturado para dar respostas a determinados interesses e práticas institucionais.

Sistemas de informação são um conjunto de procedimentos organizados que, quando executados, resultam informações de suporte à organização (CARVALHO; EDUARDO, 1998).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), SIS são definidos por “mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para organizar e operar os serviços de saúde e também para a investigação e o planejamento com vistas ao controle das doenças”. A Organização Pan-americana de Saúde sugere que SIS “é o conjunto de componentes que atuam de forma integrada e que tem por finalidade produzir a informação necessária e oportuna para implementar processos de decisões no sistema de saúde” (TERRERI,1999).

Para Starfield (2004), sistema de informação em saúde é uma extensão dos prontuários médicos para atender não apenas às necessidades do paciente, mas também às necessidades da população pelos serviços de atenção à saúde.

Branco (1996) destaca ser fundamental a existência de sistemas de informação de concepção federal para o adequado acompanhamento, controle, avaliação e produção de conhecimento em nível nacional, com o intuito de subsidiar o SUS na formulação da política nacional de saúde. Contudo, os governos estaduais devem acompanhar, avaliar e divulgar indicadores, no âmbito de sua região, que permitam uma análise das condições de saúde com que se defronta a população do estado, coordenando ações e promovendo apoio técnico e financeiro. Os municípios, por sua vez, necessitam de informações que permitam o delineamento da situação sanitária e forneçam subsídios para o melhor desempenho técnico.

As autoridades locais de saúde começam a buscar dados que sirvam de guia para as atividades que devem empreender para melhorar a saúde de suas populações. A esfera local parte, então, para a tentativa de criar sistemas de informação que dêem conta do que se entende como especificidades locais, quer sejam políticas, administrativas, técnicas ou sanitárias (BRANCO, 1995).

De acordo com a lei federal 8.080 – Lei Orgânica da Saúde – (Brasil, 1990), compete à esfera municipal do SUS um papel mais amplo do que apenas um coletor de dados, mas de planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde.

Branco (1996) reforça o papel dos municípios, defendendo um relacionamento integrado entre as três esferas de governo para que se alcance um sistema de informação eficiente, eficaz e adequado às necessidades de cada uma destas instâncias. O mesmo autor lembra que como a maioria dos SIS federais foi concebida antes da implantação do SUS e sem a participação estadual e municipal, estes estavam voltados para outro delineamento político no que diz respeito à atuação das três instâncias governamentais.

O Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do SUS foi formalmente implantado em todo o território nacional através da Norma Operacional Básica (NOB) 01/91. É um SIS que trabalha com dados de serviços ambulatoriais, ou seja, aquelas atividades as quais não são caracterizadas como internação hospitalar. O SIA consiste no registro informatizado do atendimento ambulatorial desenvolvido, sendo operacionalizado de forma descentralizada pelas próprias Secretarias Estaduais de Saúde. A Norma Operacional Básica de setembro de 1996 delega responsabilidade aos Municípios em gestão plena da saúde, para operação do SIA conforme as normas do Ministério da Saúde e alimentação junto às Secretarias Estaduais de Saúde dos bancos de dados. O SIA – SUS possui informações que extrapolam a esfera financeira constituindo-se importante instrumento para o planejamento, o controle e a avaliação dos serviços de saúde (TERRERI, 1999).

Em qualquer empresa ou instituição, gerenciar um serviço de saúde significa cuidar dos aspectos organizacionais e funcionais. Os sistemas de gerência em

saúde são compostos obrigatoriamente pelos sistemas informativos da condição do doente, de sua vida, do meio ambiente e de outros fatores que interferem no processo saúde-doença e que constituem os SIS (CARVALHO; EDUARDO, 1998).

Documento produzido pelo CONASEMS e pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) reforça que a gestão municipal deve implementar núcleos de informação e comunicação para a gestão participativa na esfera do SUS, assim como desenvolver mecanismos para a ampliação das informações no município e promover debates sobre o funcionamento do SUS com os municípios.

Para se estabelecer os níveis de saúde em determinada população, muitas vezes utiliza-se dados do avesso da saúde, ou seja, estudo dos casos de morbidade e mortalidade de determinada população. A combinação dos dados demográficos e epidemiológicos para mensuração dos níveis de saúde é expressa através de indicadores (FRIAS, 2003).

Rouquayrol (1994) define indicadores de saúde como parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes localidades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo.

Segundo a mesma autora, os requisitos para um indicador de saúde são: disponibilidade de dados; simplicidade técnica que permita rápido manejo e fácil entendimento; uniformidade; sinteticidade, de modo a poder abranger o efeito do maior número possível de fatores que afetam o estado de saúde das coletividades e poder discriminatório que permita comparações inter-regionais e internacionais.

Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas. Em resumo, são medidas que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde (BRASIL, 2001).

Em outras palavras, indicadores de saúde são ferramentas que possibilitam a mensuração de alguns aspectos das condições de saúde de determinada população (SÃO PAULO, 2003).

A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação e da precisão dos sistemas de informação empregados. O grau de excelência de um indicador deve ser definido por sua validade e confiabilidade.

A OMS sugere que ao proceder as avaliações em saúde, um número básico de indicadores é necessário para o conhecimento dos principais aspectos da situação de saúde da população e das práticas de saúde. Classifica, ainda, os indicadores em específicos, ou seja, aqueles que refletem as mudanças decorrentes da introdução de uma determinada medida de saúde, e não específicos, quando se referem a inúmeros fatores que afetam o estado de saúde da população, como o desenvolvimento sócio-econômico, as condições de vida, habitação, trabalho, dentre outros (CARVALHO; EDUARDO, 1998).

Malik e Schiesari (2002) apontam que para garantir o acesso a um conjunto de indicadores é fundamental a existência de sistema de informação capaz de propiciar maiores e melhores elementos para a construção e uso de indicadores. Reforçam que dados incompletos ou não confiáveis, falta de interesse por parte dos

envolvidos na coleta, análise e uso, falta de reconhecimento da importância de seu uso são fatores determinantes para o mau uso de indicadores.

É fundamental, ainda, que as três esferas de atuação governamental permitam e facilitem o acesso às informações por elas produzidas, inclusive às instâncias acadêmicas e de controle social, e promovam o intercâmbio de dados e experiências. A adoção de diretrizes e práticas que permitam a utilização das informações existentes nos três segmentos e o livre fornecimento de dados pode contribuir, significativamente, para a ampliação e aperfeiçoamento do relacionamento entre as estruturas que compõem o SUS (BRANCO, 1996).

2.2 Informações e indicadores de saúde bucal

Chaves e Vieira da Silva (2007) concluíram que a pré-existência de um projeto de reorganização das práticas de saúde, de capacidade técnica e de governabilidade é favorável à organização dos serviços odontológicos. Estes se constituem em aspectos favoráveis a um melhor desempenho das ações de saúde bucal, assim como ao planejamento, à programação e à avaliação das estratégias implementadas.

A exemplo de qualquer sistema informatizado, o Sistema de Informações em Saúde Bucal dá sinais de esgotamento ou desatualização frente aos novos desafios impostos pelo modelo assistencial (educativo, preventivo e curativo). Sob diversos aspectos da dinâmica do atendimento odontológico, as necessidades gerenciais e administrativas e o controle epidemiológico exigem que o sistema acompanhe as mudanças e reformulações que ocorrem no setor (INÁCIO, 2003).

Manfredini (2003) destaca que um sistema de avaliação em saúde bucal deve estar alicerçado em um sistema de informação que apure e consolide dados de ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e de acompanhamento de serviços, sendo que a maior parte das informações deve estar disponível no local do sistema e o nível central deverá consolidar os dados do sistema municipal.

Documento apresentado pela Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas (APCD, 2003), referente ao Projeto Saúde Coletiva, expõe a necessidade do estabelecimento de diretrizes por parte do nível federal do ponto de vista técnico e normativo. A finalidade é a de assegurar a uniformização e a comparação da produção das informações epidemiológicas em saúde bucal em todo o país, orientando os demais níveis do sistema e contribuindo para a melhoria da qualidade das fontes de dados. Salienta, também, a importância do nível federal elaborar projeto para a criação de base eletrônica de dados em endereço específico na rede internacional de computadores para divulgação e utilização destes dados. Sugere ainda a articulação de agências e órgãos do país para a produção anual de boletins e informações epidemiológicas relativas à incidência dessas doenças em nosso meio.

Pode-se observar que o campo da epidemiologia em saúde bucal tem crescido de modo considerável, expressando-se na maior divulgação de sua produção científica. Este fato é relevante, na medida em que existe a possibilidade de que uma "inteligência epidemiológica" seja criada na academia e nos serviços, o que contribuirá para a consolidação de modelos assistenciais de base epidemiológica e, portanto, mais universais e eqüitativos, coadunantes com o ideário do SUS e da saúde bucal coletiva (RONCALLI, 2006).

Biazevic (2000) conclui que indicadores subjetivos em saúde bucal produzem maior evidência na detecção de problemas que os indicadores objetivos não detectam, tais como percepção da condição de saúde bucal, impacto da percepção na qualidade de vida de indivíduos e alterações na produtividade de uma sociedade, explicitados por dias de trabalho e escola perdidos decorrentes de tais condições.

Narvai (1996) aponta que tanto os indicadores quantitativos quanto os qualitativos se referem a realidades complexas que não devem ser simplificadas, mas compreendidas em sua complexidade. Expõe que juntamente com números há de haver outras informações e há que se valorizar, também, outras formas de conhecimento e mesmo a intuição, ou seja, números são importantes, expressam uma dimensão da realidade, mas não são a realidade. Reforça que o valor obtido para cada indicador deve ser claramente localizado no tempo e no espaço, agrupando os indicadores da seguinte forma:

- ✓ Indicadores do modelo de atenção: relativos à programação e enfoque de risco, indicam o grau de integralidade das ações;
- ✓ Indicadores da eficiência: relacionados à utilização dos recursos humanos e materiais e aos custos das ações e serviços;
- ✓ Indicadores da efetividade: expressam o grau de acessibilidade às ações e serviços e a cobertura, bem como os tipos de serviços oferecidos e a produção e utilização dos recursos existentes;
- ✓ Indicadores da eficácia: referem-se à qualidade das ações e serviços e seu impacto nos níveis de saúde bucal da população, bem como o grau de satisfação/ insatisfação dos usuários.

A maior limitação nos indicadores epidemiológicos tradicionais está em sua falta de habilidade em refletir a “capacidade dos indivíduos na realização de suas

tarefas e atividades”. Os indicadores de condição de saúde bucal representam os moldes de doença passada acumulada e tratamento, assim como apresentam necessidades de tratamento desconhecidas. Esses indicadores são difíceis de serem interpretados no planejamento e avaliação de programas de saúde pública (REISINE; PSOTER, 2001).

Musgrove (2002) reforça que a simplicidade é valiosa para garantir que o indicador capte as principais variáveis e ainda mais para que o resultado seja compreensível e aceitável para os não-especialistas. O conceito complexo de um indicador pode gerar medidas que não fazem sentido ou são desnecessariamente difíceis de interpretar.

Segundo Chaves (1986), os indicadores de saúde devem ser analisados em estudos sobre sua validade técnica e financeira. Tecnicamente, deve-se considerar sua validade, fidedignidade (consistência) e viabilidade em termos de recursos humanos e materiais para sua operação.

Documento da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) recomendava a utilização de uma relação mínima dos seguintes indicadores: índice de acesso aos serviços, relação de restaurações/extrações de dentes permanentes, relação de restaurações/extrações de dentes decíduos, índice de produtividade, composição do TC, índice de atrição, índice de serviços básicos, índice de atividades preventivas individuais e índice de produtividade específica (SÃO PAULO, 1989).

Em artigo objetivando subsidiar a Oficina de Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde Bucal no SUS, promovida pela SES/SP, Narvai (1996) apresenta uma sistematização de 22 indicadores de saúde bucal.

Como balizador de organização das ações de saúde bucal na atenção básica, documento da SES/SP de 2001 propôs a utilização de indicadores de ações coletivas, cobertura de ação coletiva por idade e cobertura por tipo de espaço social, e de ações individuais, com tratamentos concluídos por faixa etária, urgências, acesso à assistência, consulta por TC, concentração, rendimento, atendimento, índice de frequência, atrição, produtividade, TC inicial em apenas uma consulta e TC de manutenção em apenas uma consulta (SÃO PAULO, 2001).

Os indicadores de saúde bucal pactuados pelos municípios no Estado de São Paulo até 2006 foram cobertura de procedimentos coletivos em saúde bucal na população de 0 a 14 anos; Índice CPOD aos 12 anos de idade; índice de acesso à primeira consulta odontológica e o indicador flúor de qualidade de água distribuída para consumo humano através de rede de distribuição, considerado de vigilância sanitária.

São definidos segundo o Manual de Orientações para os Indicadores de Gestão da Coordenadoria de Planejamento da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SÃO PAULO, 2003).

O indicador cobertura de procedimentos coletivos em saúde bucal na população de 0 a 14 anos reflete a cobertura das ações de prevenção de saúde bucal sobre uma população definida e subsidia a definição de políticas específicas de prevenção.

O método de cálculo é feito a partir da seguinte fórmula:

$$\frac{\text{População de 0 a 14 anos inscrita em PC}}{\text{População de 0 a 14 anos do município}} \times 100$$

População de 0 a 14 anos do município

Os procedimentos coletivos são constituídos por um conjunto de atividades de promoção e prevenção em saúde bucal que devem ser desenvolvidas trimestralmente, durante o período de um ano, em grupos populacionais previamente identificados. Dentre elas, há o exame epidemiológico compreendendo estudos de prevalência e incidência das doenças bucais, realizados no mínimo, a cada dois anos com o objetivo de avaliar o impacto das atividades desenvolvidas e orientar o planejamento das ações para o grupo atendido; atividades educativas realizadas, no mínimo trimestralmente, enfatizando os cuidados com a saúde bucal; atividades com flúor e higiene bucal supervisionada.

O registro no SIA/SUS refere-se ao indivíduo inscrito no ano. Para implementar e normatizar esses procedimentos no SUS, foram instituídas pela SES/SP algumas planilhas através da Resolução SS 39/99, preenchidas pelos municípios e encaminhadas às Direções Regionais de Saúde (SÃO PAULO, 1999).

Desta forma, o indicador é obtido de maneira mais adequada se, ao invés dos dados brutos do SIA, utilizarmos como fonte essas planilhas. Com a mudança do código SIA/SUS para procedimentos coletivos através da portaria nº 95 de 2006 (BRASIL, 2006a), este indicador deixa de ser utilizado para ser substituído pelo indicador de cobertura de escovação supervisionada.

O índice CPOD aos 12 anos de idade é utilizado tanto para o Estado, como para os municípios. Mede o ataque de cárie em dentes permanentes através da somatória dos componentes cariado (C), perdido por cárie (P) e restaurado (O). O seu valor médio é obtido pela somatória dos seus componentes, dividido pelo total de indivíduos examinados; são utilizadas as recomendações da Organização Mundial da Saúde em sua 4ª Edição do Manual de Instruções para levantamentos epidemiológicos em Saúde Bucal (WHO, 1997), para identificação dos critérios de

classificação dos dentes, com a metodologia utilizada no “Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Estado de São Paulo, 1998” para o cálculo da amostra, tanto para escolares como para espaços sociais (SÃO PAULO, 1998).

Para a realização de levantamentos epidemiológicos é necessário que haja uniformidade metodológica de critérios e de procedimentos que viabilizem a sua reprodutibilidade, validade e confiabilidade nas mesmas condições, em qualquer situação ou lugar, por profissionais da área de Saúde Bucal ou Saúde Coletiva (RONCALLI et al., 1998).

O método de cálculo utilizado é traduzido na seguinte fórmula:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ dentes cariados (C) + n}^\circ \text{ dentes perdidos por cárie (P) + n}^\circ \text{ dentes restaurados(O)}}{\text{n}^\circ \text{ de indivíduos de 12 anos examinados}}$$

A fonte para obtenção destes dados é o próprio município, através de pesquisas epidemiológicas.

O índice CPOD aos 12 anos de idade é um indicador de eficácia, ou seja, avalia o impacto das ações nos níveis de saúde bucal da população. Nesta idade, a OMS (NARVAI, 1996) estabelece como parâmetros para o indicador a seguinte escala de severidade:

Prevalência muito baixa (0,1 – 1,1);

Prevalência baixa (1,2 – 2,6);

Prevalência moderada (2,7 – 4,4);

Prevalência alta (4,5 – 6,5).

A OMS estabeleceu como meta a ser atingida, no ano 2000, o CPOD menor ou igual a 3, aos 12 anos de idade. Há grande discussão quanto às metas propostas

pela OMS para o ano 2010 (CPOD menor que 1 aos 12 anos de idade), porém autores como Narvai (2003) consideram que estas metas podem ser muito úteis ao Brasil e aos administradores locais na tarefa de estabelecer metas e objetivos, desde que sejam observados os requisitos à sua fixação, como por exemplo análise da situação – levando em conta forças de sustentação e de oposição – e as tecnologias e recursos disponíveis. Sugere, também, a fixação de metas intermediárias de curto e médio prazos.

Dados das pesquisas epidemiológicas realizadas no Estado de São Paulo, o Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal (SÃO PAULO, 1998) e Condições de Saúde Bucal no Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2002) mostram que a média estadual encontra-se dentro do preconizado para o ano 2000, com valores de 3,7 e 2,5, respectivamente.

O índice de acesso à primeira consulta odontológica é um indicador operacional que avalia acesso da população aos serviços de saúde bucal. Expõe uma tendência de cobertura de tratamentos odontológicos a partir da primeira consulta. Reflete em percentual, a proporção de habitantes que recebeu a primeira consulta odontológica em determinado local e período. Pode indicar tendências de universalização dos serviços ou de focalização em grupos específicos.

É um indicador ainda não utilizado amplamente. Sua análise deve ser feita com ressalvas visto que em muitos modelos assistenciais propostos por estados e municípios a população objeto de atendimento odontológico individual é restrita ou focalizada, portanto o numerador (procedimentos) é realizado em populações restritas enquanto o denominador abrange a população em geral (BRASIL, 2002).

Como método de cálculo, propõe-se a seguinte fórmula:

individuais (10.041.01-0 - necropulpectomia de dente decíduo/permanente; 10.051.15-5 - glossorrafia e 10.051.36-8 - ulectomia).

Expressa a concentração de ações com procedimentos clínico-cirúrgicos, realizados por pessoa pelos serviços odontológicos básicos do SUS. Possibilita análise comparativa com dados epidemiológicos, estimando-se, assim, em que medida os serviços odontológicos básicos do SUS estão respondendo às necessidades de assistência odontológica básica de determinada população (BRASIL, 2006b).

Pode ser usado para subsidiar o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas e ações de saúde bucal; avaliar a necessidade de ampliação de ações individuais, sejam essas preventivas ou terapêuticas; monitorar o grau da assistência odontológica básica individual em diferentes níveis de avaliação. Como limitações, pode-se citar o sub-registro dos procedimentos no SIA/SUS.

Em 2007, com o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2003b), ocorre uma unificação do Pacto da Atenção Básica, do pacto de indicadores da Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde – PPIVS. Os indicadores são organizados em dois grupos, sendo trinta e oito principais e doze complementares, estes últimos de pactuação opcional pelos Estados, Municípios. Para a saúde bucal, os indicadores propostos no Pacto são os indicadores de acesso à assistência como indicador principal e cobertura de ação coletiva de “Escovação Dental Supervisionada” e média de procedimentos odontológicos básicos individuais como complementares (BRASIL, 2007).

2.3 Avaliação em saúde

Segundo Carvalho e Eduardo (1988), a avaliação em saúde é o ato de apreensão das relações entre as necessidades e as práticas e técnicas de saúde, visando verificar a capacidade dessas práticas ou técnicas em responder às necessidades geradas no processo saúde-doença.

Donabedian (1990) apresenta os “sete pilares da qualidade” que devem ser considerados ao se estabelecer o que se deseja avaliar:

- ✓ Eficácia: a capacidade do cuidado, na sua forma mais perfeita, de contribuir para a melhoria das condições de saúde. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.
- ✓ Efetividade: o quanto se pode obter de melhorias nas condições de saúde, ou seja, o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.
- ✓ Eficiência: a capacidade de obtenção da maior melhoria possível nas condições de saúde ao menor custo possível.
- ✓ Otimização: a relação mais favorável entre custos e benefícios.
- ✓ Aceitabilidade: conformidade com as preferências do paciente no que concerne à acessibilidade, à relação médico-paciente, às “amenidades”, aos efeitos e ao custo do cuidado prestado.
- ✓ Legitimidade: aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral.

- ✓ Eqüidade: distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde de acordo com a necessidade de cada indivíduo. A eqüidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

Narvai (1996) afirma que “a avaliação das ações e serviços constitui desafio permanente aos administradores e às autoridades de saúde. A avaliação é parte do processo gerencial, influenciada pelo contexto organizacional e político e que se constitui em poderoso e indispensável instrumento de transformação, não se limitando a mera atividade acadêmica. Sem negar a relativa complexidade da avaliação em saúde bucal, deve-se reconhecer que esse trabalho, indispensável para que não se desperdice recursos e para que não se perca o rumo dos objetivos a alcançar, não é nem mais fácil nem mais difícil do que avaliar ações de saúde em qualquer outra área”.

Tagliaferro et al. (2005), em estudo realizado no município de Piracicaba, apontam como dificuldades enfrentadas durante o planejamento das ações, a inexistência de dados prévios organizados referentes a ações realizadas, demonstrando que os processos de avaliação e controle não faziam parte da rotina de trabalho dos gestores locais.

Batista (2005), ao analisar indicadores de saúde bucal de município carioca, aponta a utilização do SIA/SUS como sistema de informação utilizado, identificando diversos problemas para a produção de informação, tais como necessidade de padronização e normatização dos procedimentos na coleta de dados, grande dificuldade de sensibilização dos profissionais e gestores em entender que existe a necessidade de se planejar e garantir horário em suas agendas para que as informações sejam analisadas e repassadas para o domínio público,

desconhecimento da importância da informação pelos profissionais da área de saúde bucal, necessidade de valorização por parte dos gestores em relação à informação na área odontológica.

Silva e Formigli (1994) destacam que a incorporação da avaliação como prática sistemática nos diversos níveis dos serviços de saúde propiciariam aos gestores as informações para a definição de estratégias de intervenção. Lembram que há grande quantidade de informações registradas rotineiramente pelos serviços que não são utilizadas nem para a análise da situação de saúde, nem para a definição de prioridades, nem para a reorientação de práticas.

Para quem está trabalhando em programas e/ou serviços de saúde, a avaliação é um processo técnico-administrativo destinado à tomada de decisão (TANAKA; MELO, 2004). O mesmo autor destaca que a avaliação envolve medir, comparar e emitir juízo de valor, sendo um poderoso e indispensável instrumento de transformação e melhoria dos serviços de saúde pública.

Novaes (2000) ressalta que no Brasil houve grande expansão de atenção à saúde, oferta de novas tecnologias, desenvolvimento de modelos assistenciais diversos e crescimento da importância política e econômica da atenção à saúde, o que favoreceu que propostas de racionalização das decisões e das práticas encontrassem espaço. Expõe que as avaliações e alternativas metodológicas diversas fazem parte hoje das preocupações de gestores do setor público e privado, mas participam de forma ainda muito incipiente e marginal nos processos de decisão. No setor público, pela atuação da saúde coletiva, há maior interesse pelas avaliações de programas e, até agora, um mais discreto interesse pelas avaliações de qualidade e tecnológicas.

3 PROPOSIÇÃO

O trabalho tem como objetivos:

- a. Análise do uso de indicadores de saúde bucal e sistemas de informação pelos gestores da saúde bucal dos municípios da região de Osasco, extinta DIR-V.
- b. Desenvolvimento de trabalho com estes gestores de saúde bucal para:
 - b1. Readequação dos sistemas de informação destes municípios;
 - b2. Aperfeiçoamento do uso dos indicadores já conhecidos e utilizados para que sejam úteis como instrumentos de gestão no desenvolvimento das funções de planejamento, controle e avaliação.
 - b3. Sugestão de uso de outros indicadores de saúde bucal.
- c. Construção de planilha sugerida pelos participantes das oficinas.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Local do estudo

A região de Osasco, área metropolitana de São Paulo, possui um Comitê de Saúde Bucal, órgão vinculado tecnicamente ao Diretor do Departamento de Saúde da referida DIR, que foi extinta em dezembro de 2006. Este Comitê, criado oficialmente em 1999, era composto basicamente pelo interlocutor de saúde bucal e por representantes da área técnica da DIR V - Osasco, além de congregar representantes do Programa de Saúde Bucal de cada um dos quinze municípios que compunham a DIR, indicados pelos respectivos secretários de saúde. Os municípios componentes são Barueri, Carapicuíba, Cotia, Embu, Embu-Guaçu, Itapeverica da Serra, Itapevi, Jandira, Juquitiba, Osasco, Pirapora do Bom Jesus, Santana de Parnaíba, São Lourenço da Serra, Taboão da Serra e Vargem Grande Paulista (Figura 4.1).

Com a reestruturação da SES/SP, houve a extinção de DIR V e criação do Departamento Regional de Saúde 1 (DRS 1) da Grande São Paulo através da edição do Decreto 51433, de 27 publicado a 28/12/06 (SÃO PAULO, 2006). Durante o ano de 2007 houve a criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) na DRS 1 como espaço regional de planejamento e cogestão, e dentre eles os CGR dos Bandeirantes e dos Mananciais referentes à antiga DIR V. O CGR dos Bandeirantes foi composto pelos municípios de Barueri, Carapicuíba, Itapevi, Jandira, Pirapora do Bom Jesus, Osasco e Santana de Parnaíba, enquanto o CGR dos Mananciais pelos

municípios de Cotia, Embu, Embu-Guaçú, Itapeçerica da Serra, Juquitiba, São Lourenço da Serra, Taboão da Serra e Vargem Grande Paulista. O Comitê de Saúde Bucal foi reestruturado de acordo com o desenho dos CGR, sendo criados um comitê para a região dos Bandeirantes e um para a região dos Mananciais, além de um fórum permanente composto pelos dois comitês.

Além da existência do Comitê, outro fator preponderante para o trabalho na região foi o bom nível organizacional destes municípios em relação à Saúde Bucal.

4.2 Metodologia

Como metodologia de pesquisa, utilizou-se o Estudo de Caso por, segundo Becker (1997), compreender o comportamento do grupo estudado, tendo de ser preparado para lidar com uma grande variedade de problemas teóricos e descritivos. É um recurso que possibilita analisar em profundidade um único caso a partir da combinação de diferentes estratégias de pesquisa, tais como uso de entrevistas e análise documental. Geralmente, tem duplo propósito: por um lado tenta chegar a uma compreensão abrangente do grupo em estudo e, ao mesmo tempo, também tenta desenvolver declarações teóricas mais gerais sobre regularidades do processo e estruturas sociais. O estudo de caso prepara o investigador para lidar com descobertas inesperadas e exige que ele reorienta seu estudo à luz de tais desenvolvimentos.

Uma avaliação do uso de indicadores de Saúde Bucal, assim como de seus sistemas de informação em saúde foi realizada por meio de questionários (Anexo A)

respondidos pelos coordenadores de Saúde Bucal dos quinze municípios da região da extinta DIR V - Osasco. Os questionários foram analisados estatisticamente pelo programa EPI-INFO versão 6.04.

Três oficinas de trabalho foram realizadas com os coordenadores de saúde bucal da maioria dos municípios. Estas tiveram como metodologia a discussão inicial da importância da informação em saúde e as características dos sistemas de informações em saúde bucal. Após o levantamento de dados produzidos pelos instrumentos de cada local, os participantes das oficinas construíram a relação de indicadores trazendo como propostas a adequação de seus sistemas de informação, assim como sugerindo a inclusão de novos indicadores e o aperfeiçoamento dos já utilizados.

Dentre os indicadores de saúde bucal já utilizados pelos municípios há o indicador de cobertura de procedimentos coletivos na faixa etária de 0 a 14 anos, o índice CPOD aos 12 anos de idade e o índice de acesso à primeira consulta odontológica no ano. Dentre os indicadores considerados de vigilância sanitária há um indicador de extrema relevância à saúde bucal, o indicador de fluoretação das águas de abastecimento público. Destes, somente o de cobertura de procedimentos coletivos não foi utilizado devido à discussão ainda presente pelas coordenações estadual e nacional de saúde bucal quanto ao seu significado.

O projeto de pesquisa foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2006, edital 38/2004. Contou ainda, com parceria do Instituto de Saúde da SES/SP através do Projeto do Observatório de Saúde Bucal Coletiva, também financiado pelo mesmo edital do CNPq. A parceria aconteceu no acompanhamento

dos municípios e realização de seminário sobre informação em saúde e indicadores de saúde bucal.

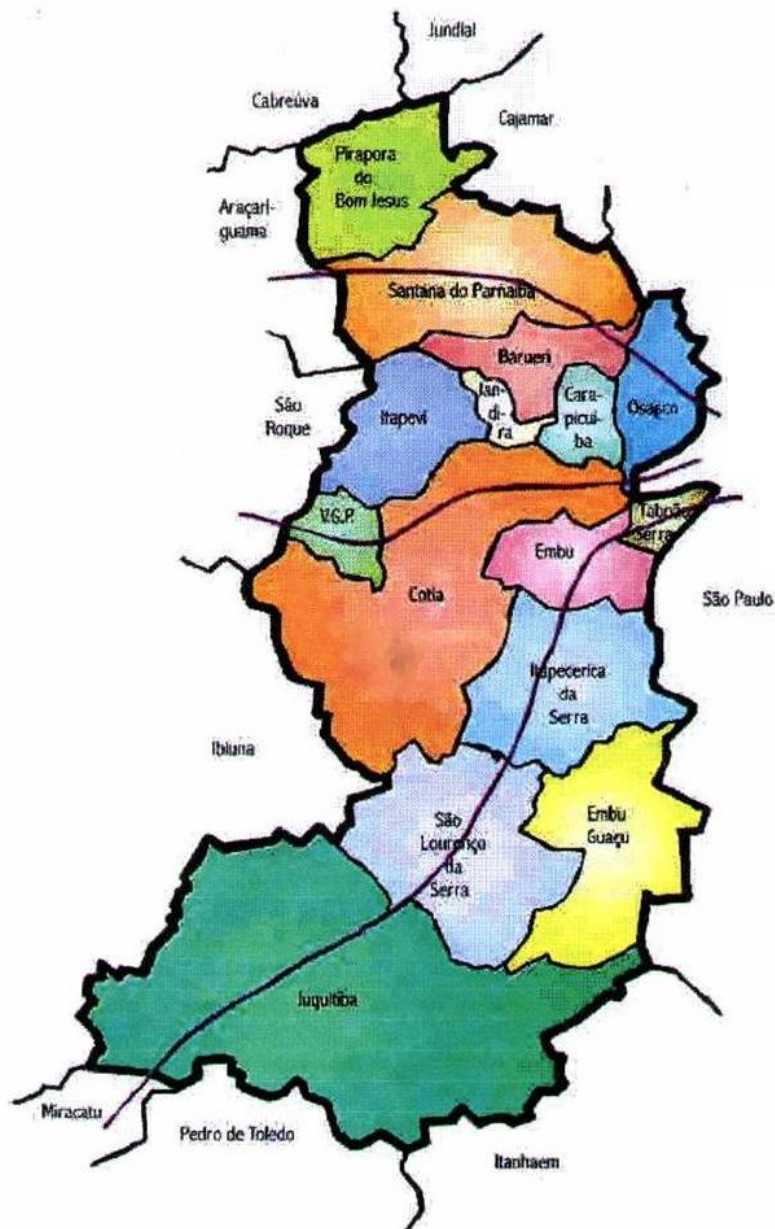


Figura 4.1 – Mapa da região de abrangência da extinta regional de Osasco

5 RESULTADOS

Dos quinze questionários aplicados aos coordenadores de Saúde Bucal para avaliação do uso dos sistemas de informação e indicadores de saúde bucal, obtivemos o retorno de 67% (dez municípios). Os municípios participantes foram Barueri, Carapicuíba, Embu, Itapeverica da Serra, Jandira, Pirapora do Bom Jesus, Santana de Parnaíba, São Lourenço da Serra, Taboão da Serra e Vargem Grande Paulista (Gráfico 5.1).

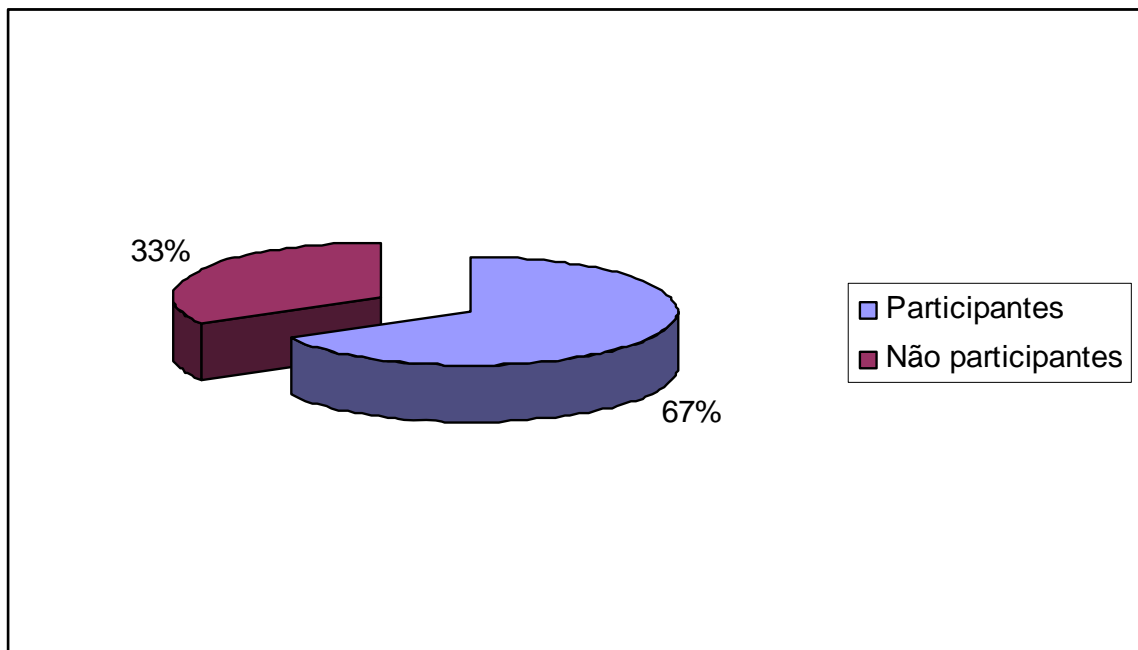


Gráfico 5.1 – Percentual de municípios da região de Osasco participantes da pesquisa, no ano de 2005

Todos utilizavam planilha de registro (mapa) mensal, porém apenas um município não fazia uso de planilha diária.

Dentre os instrumentos de registro diário foram citados boletins de produção para clínica geral, cirurgia, endodontia, periodontia e prótese, de acordo com a estrutura de serviço dos municípios.

Houve relato de 50% dos entrevistados sobre o uso de outros instrumentos de registro de produção ambulatorial, tais como fichas de avaliação de risco para cárie, doença periodontal, e semiologia; consolidado de agendados; faltas e urgências; fichas relacionadas a programas específicos; livro de registro e consolidados de tratamentos iniciados e completados (Tabela 5.1).

Tabela 5.1 – Instrumentos de registro utilizados pelos gestores de saúde bucal nos municípios da região de Osasco, no ano de 2005

Instrumentos de registro	freqüência	percentual	total acumulado
Avaliação de risco de cárie, doença periodontal e semiologia	1	20.0%	20.0%
Consolidado de agendados, faltas, urgências	1	20.0%	40.0%
Ficha clínica odonto-bebê	1	20.0%	60.0%
Livro de registro diário	1	20.0%	80.0%
Mapa de EC e TC por idade e mapa SIA	1	20.0%	100.0%
Total	5	100.0%	

Somente 30% dos coordenadores relataram possuir sistema de auditoria através das fichas utilizadas.

Com relação aos indicadores de saúde bucal produzidos, todos os coordenadores referiram utilizar os pactuados até 2005 pela SES/SP, ou seja, índice de acesso ao tratamento odontológico, cobertura de procedimentos coletivos na população de 0 a 14 anos e índice CPOD aos 12 anos. Contudo, 70% faz uso de outros indicadores. Os indicadores destacados pelos coordenadores estão os

indicadores ceo-d aos 5 anos de idade, CPOD aos 18 e 35 a 44 anos, CPITN aos 12 anos de idade, índice de má-oclusão aos 5 e 12 anos de idade, percentual de indivíduos livres de cárie aos 5 e 12 anos, indicador de tratamentos completados (TC), consulta por TC, concentração, rendimento, produtividade, número de urgências, dentre outros.

Em sua totalidade, os coordenadores relataram utilizar os indicadores produzidos para a avaliação das ações e serviços, sendo que 90% deles consideraram usá-los para o planejamento (Tabela 5.2).

Tabela 5.2 – Municípios da região de Osasco que realizavam processos de auditoria, avaliação e planejamento através dos indicadores construídos, no ano de 2005

Processos	Municípios			
	Sim	%	Não	%
Auditoria	3	30	7	70
Avaliação	10	100	0	0
Planejamento	9	90	1	10

Os indicadores de saúde bucal utilizados em São Paulo até 2005 foram cobertura de procedimentos coletivos de saúde bucal na faixa etária de 0 a 14 anos, índice CPO-D aos 12 anos e índice de acesso à primeira consulta odontológica no ano, além de fluoretação das águas de abastecimento público, considerado como um indicador de vigilância sanitária.

Nas três oficinas realizadas com os coordenadores de saúde bucal dos municípios da região foram feitas propostas de inclusão de novos indicadores e o aperfeiçoamento dos já utilizados atualmente. Nestas oficinas, após embasamento

teórico a respeito de informações em saúde e uso de indicadores, foram analisados os mecanismos utilizados para o registro das informações em saúde e as dificuldades para seu uso.

Alguns desafios foram colocados para que o grupo de coordenadores, tais como: definição de quais indicadores e dados coletados seriam realmente utilizados no planejamento de ações (com o refinamento dos indicadores já pactuados) e a possibilidade de construção de novos indicadores, com o aumento no número de indicadores utilizados.

O indicador de cobertura de procedimentos coletivos foi desconsiderado devido ao fato de estar em fase de adequação pela SES/SP com as mudanças ocorridas na interpretação e significado de em alguns códigos de procedimento do SIA/SUS referente às ações coletivas em saúde bucal (BRASIL, 2006a).

Foram propostos os refinamentos dos indicadores índice de acesso à primeira consulta odontológica, índice CPOD aos 12 anos e fluoretação das águas de abastecimento.

Para o índice de acesso à primeira consulta odontológica no ano sugeriu-se o desmembramento desse indicador por faixa etária. Uma vez que historicamente a assistência odontológica teve seu público-alvo na população materno-infantil, seu desmembramento pode indicar a tendência ou não da universalização do serviço, identificando grupos desamparados. Outra proposta foi de considerar o percentual da população SUS dependente para melhor planejamento das ações.

A proposta para o índice CPO-D aos 12 anos, foi a de avaliação da média de cada componente, análise do percentual da população livre de cárie, além do estabelecimento de periodicidade na coleta de dados. Discutiu-se a necessidade de, ao se avaliar a frequência do índice na população, considerar a variável tempo de

residência no município, pois o índice pode sofrer variações decorrentes de imigração e migração.

No indicador de fluoretação das águas de abastecimento público, houve indicação de verificação da quantidade de amostras. O indicador bruto não demonstra a quantidade de amostras analisadas, o que poderia trazer resultados distorcidos no caso de haver número reduzido de análises. Além disso, a estratificação das amostras de acordo com as faixas: menor que 0,6 ppm; 0,6 a 0,8 ppm e maior que 0,8 ppm permitiria uma melhor avaliação do risco de amostras fora dos padrões.

Outro ponto sugerido em relação à fluoretação das águas foi a análise da cobertura de domicílios com acesso a este benefício.

O grupo também propôs o uso de outros indicadores para acompanhamento das ações e serviços. Os indicadores elencados foram: horas efetivamente trabalhadas na assistência clínica e em procedimentos coletivos, percentual de urgências, número de tratamentos completados por mês, número de pacientes por dia, índice de faltas, número de procedimentos realizados.

Discutiu-se ainda a questão da estratégia da abordagem de risco, identificação de grupos em risco e as dificuldades no uso de testes para definição de alto risco.

Para melhorar as avaliações dos serviços públicos e ações de saúde sugeriu-se que os municípios observassem sua realidade não apenas sob o aspecto espacial, mas também incluíssem em suas análises as desigualdades presentes em seus territórios. Importantes indicadores sugeridos para este tipo de análise foram o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e o Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI) relacionados com os indicadores de saúde bucal. Destacou-se também a

importância de outras informações que podem se tornar excelentes indicadores de saúde bucal como: dor, autopercepção de necessidades pelos usuários relacionada às necessidades clínicas.

Foi sugerida para o grupo a implantação de planilha eletrônica para monitoramento dos dados obtidos e indicadores construídos com periodicidade mensal, proporcionando mecanismo para avaliação constante das ações e serviços executados pelos municípios, conforme Anexo B.

6 DISCUSSÃO

Através da análise do questionário aplicado aos gestores de saúde bucal da região da extinta DIR V - Osasco, observou-se que os municípios vêm enfrentando problemas para o efetivo uso dos indicadores de saúde bucal no controle, monitoramento, avaliação e planejamento de ações de saúde bucal, o que pode traduzir dificuldades na incorporação das atribuições assumidas pelo nível municipal com a descentralização ocorrida no SUS, como demonstrado pelos estudos de Chaves e Vieira da Silva (2007) e Tagliaferro et al. (2005).

Foi possível observar que, em sua maioria, os municípios não utilizam rotineiramente outros indicadores além dos pactuados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde. Esta condição expõe que a prática do uso das informações em saúde para o planejamento, controle e avaliação das condições de saúde bucal ainda não está completamente assimilada, conforme destacado por Silva e Formigli (1994).

A heterogeneidade dos instrumentos de registro utilizados pelos serviços na alimentação dos sistemas de informação em saúde remete à necessidade de além da execução de treinamentos e capacitações com os usuários do sistema, manter a escuta constante destes profissionais para garantir a confiança e viabilidade das informações produzidas, corroborando com Carvalho e Eduardo (1998), Narvai (1996), Silveira (1974) e Schout e Novaes (2007).

A diversidade de instrumentos aponta para a tendência do nível local buscar alternativas se adequar às suas especificidades, não se restringindo a informações

requeridas somente pelos níveis estadual e federal, de acordo com conclusão de Branco (1995) e Malik e Schiesari (2002).

As discussões ocorridas nas oficinas a respeito da relação dos instrumentos a serem utilizados pelos coordenadores de saúde bucal dos municípios levaram em consideração aspectos do nível local, reforçando os aspectos apontados por Branco (1995 e 1996).

É de grande importância a obtenção de uniformidade nos registros das informações para que os indicadores tenham resultados mais confiáveis. Além disso, dados coletados através de sistemas mais simples diminuem as interferências e as chances de distorções.

Os indicadores não devem ser avaliados isoladamente, e sim através das séries históricas e das relações com outros indicadores, conforme destaca Narvai (1996). A busca de outros indicadores de avaliação é importante para uma avaliação mais completa e que traduza resultados mais consistentes. O nível local necessita cada vez mais fazer uso de indicadores de saúde para avaliação e tomada de decisões.

O índice de acesso à primeira consulta odontológica, em uso rotineiro pelos municípios, por utilizar como fonte o código de exame clínico do SIA/SUS, deve ser analisado de forma ponderada. O indicador fica sujeito à organização dos serviços em nível local, dependendo sua confiabilidade estritamente da informação do profissional que faz o atendimento ao paciente, assim como da coordenação local, o que fortalece a importância de se garantir a qualidade das informações, conforme apontam Silveira (1974), Brasil (2001) e Schout e Novaes (2007). Além disso, o desmembramento por faixa etária propicia a análise de como o município se organiza em relação à sua demanda.

Como até há pouco tempo atrás, na década passada, os municípios e serviços recebiam do SUS os recursos de acordo com os procedimentos realizados, ainda hoje alguns serviços ainda sustentam uma tendência quantitativa, podendo ocorrer superestimação neste indicador se houver mais de um exame clínico no ano, ou se este código for lançado em caso de consultas de urgência. Além disso, o indicador tem dificuldades de distinguir locais onde há concentração de ações em determinados grupos populacionais, geralmente escolares, dificultando este tipo de avaliação.

O indicador de flúor na água de abastecimento demonstra o uso de sistemas de vigilância sanitária da fluoretação, organizados pelo Poder Público, baseados no heterocontrole, implementando as ações necessárias ao provimento de água de boa qualidade à população, conforme recomendações das Diretrizes para a Política de Saúde Bucal para o Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 1995). Sabe-se que o flúor, para que possa ter efeito na prevenção da cárie, deve estar presente em baixa concentração, para não haver risco de fluorose dentária, assim como deve estar constantemente em contato com o indivíduo, ou seja, em alta frequência, o que reforça a importância de um controle mais minucioso dos níveis de flúor sugerido nas oficinas.

Apesar do grupo listar somente indicadores quantitativos para o acompanhamento, houve apontamento de utilização de outros instrumentos qualitativos e capazes de permitir análises das desigualdades sociais conforme proposto por Biazevic (2000).

A proposta de uso de outros indicadores como complementares aos indicadores pactuados pelos municípios na gestão do SUS levou em consideração

aspectos relativos à organização dos serviços, sendo úteis na rotina dos coordenadores municipais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações e os serviços devem ser permanentemente avaliados pelos administradores dos serviços de saúde. Para que possa haver uma avaliação de forma satisfatória, esta deve estar relacionada a um sistema de informações que possibilite análises periódicas sobre os serviços realizados, assim como, sobre as condições de saúde bucal da população. Constituem assim, insumo para o estabelecimento de políticas e prioridades.

Os indicadores de saúde devem estar alicerçados em sistemas de informações que permitam uniformidade no registro de dados, bem como simplicidade em sua coleta.

Embora os indicadores devam ser amplamente utilizados pelo nível local, no controle, planejamento, organização e avaliação das ações e serviços, e principalmente, na tomada de decisões, o estudo demonstrou que os gestores locais de saúde bucal da região de Osasco têm grande dificuldade em tornar esta prática como rotina.

Os indicadores não devem ser avaliados isoladamente, e sim através de sua série histórica e da relação com outros indicadores. Os gestores devem sempre buscar meios para avaliação dos serviços e das condições de saúde da população.

O trabalho desenvolvido com os coordenadores de saúde bucal trouxe algumas propostas de aprimoramento, assim como sugestão de conjunto de indicadores para avaliação e controle das ações e serviços, subsídio para o planejamento em saúde. Os aspectos destacados como aprimoramento podem fazer estes instrumentos serem mais bem aproveitados pelos gestores.

Devemos considerar que o SUS está em crescente evolução e em processo de constante implantação. Assim, o nível local representado pelos municípios ainda está se adequando às novas funções decorrentes principalmente do processo de municipalização.

REFERÊNCIAS¹

APCD – Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas. Relatório Final do Projeto Saúde Coletiva do 21^a Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo. São Paulo; 2003.

Batista SPR. Análise dos principais indicadores em saúde bucal no município de Campos dos Goytacazes/RJ, Brasil [Dissertação de Mestrado]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia da UNESP; 2005.

Becker H. Métodos de pesquisa em Ciências Sociais. 3^a ed. São Paulo: Hucitec; 1997.

Biazevic MGH. Indicadores subjetivos em saúde bucal: revisão sistemática [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2000.

Branco MAF. Sistema de informação em saúde em âmbito local e organização de interesses sociais: um estudo de caso no município do Rio de Janeiro [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1995.

Branco MAF. Sistemas de informação em saúde no nível local. Cad Saúde Pública 1996;12(2):267-70.

Brasil. Lei Federal nº 8080 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 das outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 1990 set. 20; v.1:73.

Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações; 2001. Disponível em URL: <http://www.saude.gov.br> [10 abr 2003].

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1121 de 17 de junho de 2002. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2002. Disponível em URL: <http://saude.ms.gov.br> [06 maio 2008].

¹ De acordo com Estilo Vancouver. Abreviatura de periódicos segundo base de dados MEDLINE.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 14 de fevereiro de 2006. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2006a. Disponível em URL: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006> [06 maio 2008].

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 493 de 10 de março de 2006. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2006b. Disponível em URL: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM> [06 maio 2008].

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 91 de 10 de janeiro de 2007. Diário Oficial da União, Brasília (DF). Disponível em URL: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM> [06 maio 2008].

Carvalho AO, Eduardo MBP. Sistemas de informação em saúde para municípios. [Série Saúde & Cidadania]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

Chaves MM. Odontologia social. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1986.

Chaves SCL, Vieira-da-Silva LM. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. Cad Saúde Pública 2007;23(5):1119-31.

Donabedian A, The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med 1990; 114:1115-8.

Frias AC. Instrumentos epidemiológicos. In: Araújo ME. Odontologia em saúde coletiva – manual do aluno [Apostila]. São Paulo: FOUSP/Depto. de Odontologia Social; 2003.

Inácio J. A atenção à saúde bucal e o sistema de informações no município do Rio de Janeiro [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

Malik AM, Schiesari LMC. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. [Série Saúde & Cidadania]. 2ª ed. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2002.

Manfredini MA. Planejamento em saúde bucal. In: Pereira AC . Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed; 2003.

Moraes IHS. Informações em saúde: para andarilhos e argonautas de uma tecnodemocracia emancipadora [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1998.

Musgrove P. Indicators: how much complexity is desirable?. Rev Bras Epidemiol 2002;5(1):73-82.

Narvai PC. Avaliação de ações de saúde bucal [Apostila]. São Paulo; Faculdade de Saúde Pública da USP; 1996. [Apresentado na Oficina "Saúde Bucal Coletiva promovida pela SES-SP. Jaguariúna, São Paulo].

Narvai PC, Araújo ME. Saúde bucal coletiva. In: Araújo ME. Odontologia em saúde coletiva – manual do aluno [Apostila]. São Paulo: FOUASP/Depto. de Odontologia Social; 2001.

Narvai PC. Há metas em saúde bucal para 2010? Disponível em URL: <http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/artcapel51.htm> [1 out 2003]

Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev Saúde Pública 2000;34(5):547-9.

Reisine ST, Psoter W. Socioeconomic status and selected behavioral determinants as risk factors for dental caries. J Dent Educ 2001;65(10):1009-16.

Roncalli AG, Unfer B, Costa ICC, Arcieri RM, Guimarães LOC, Saliba NA. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise da metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde. Rev Bras Epidemiol 1998;1(2):177-89.

Roncalli AG, Frazão P, Pattussi MP, Araújo IC, Ely HC, Batista SM. Projeto SB2000: uma perspectiva para a consolidação da epidemiologia em saúde bucal coletiva. Rev Bras Odont em Saúde Col 2000;1(2):9-25.

Roncalli AG. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. Ciênc Saúde Col 2006;11(1):105-14.

Rouquayrol MZ. Epidemiologia e saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: Médsi; 1994.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Programa Estadual de Saúde Bucal. Diretrizes para os Programas Regionais e Municipais. São Paulo; 1989.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde, 1995. Diretrizes para a política de saúde bucal do Estado de São Paulo. Disponível em URL: [http:// www.saude.sp.gov.br](http://www.saude.sp.gov.br) [5 maio 2003].

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde, 1998. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: estado de São Paulo, 1998. Disponível em URL: [http:// www.saude.sp.gov.br](http://www.saude.sp.gov.br) [5 maio 2003].

São Paulo. Resolução SS/ SES-SP nº 39. Dispõe sobre rotinas visando o acompanhamento dos procedimentos coletivos das ações básicas em Odontologia, nos serviços de saúde integrantes do SUS/SP. Diário Oficial do Estado, 1999 mar. 17; Séc. 1; 50:37.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP). A organização das ações de saúde bucal na atenção básica – uma proposta para o SUS. São Paulo; 2001.

São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde, 2002. Condições de Saúde Bucal no Estado de São Paulo em 2002. Disponível em URL: [http:// www.saude.sp.gov.br](http://www.saude.sp.gov.br) [5 mai 2003].

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde, 2003. Manual de orientações para os indicadores de gestão. Disponível em URL: [http:// www.saude.sp.gov.br](http://www.saude.sp.gov.br) [5 mai 2003].

São Paulo. Decreto Estadual nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado, 2006 dez. 29; Séc. 1.

Schout D, Novaes HMD. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. Ciênc Saúde Col 2007;12(4):935-44.

Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. Cad Saúde Pública 1994;10(1):80-91.

Silveira MH. Considerações sobre o sistema de informação no setor saúde. Rev Saúde Pú 1974;8(1):119-28.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde; 2004.

Tagliaferro EPS, Tengan C, Kassawara ABC, Fonseca DAV, Pereira AC, Meneghim MC. Planejamento em saúde bucal na cidade de Piracicaba, SP: estudo de caso. Arq Odontol 2005;41(4):273-368

Tanaka OU, Melo CMM. Avaliação de programas de saúde do adolescente; um modo de fazer. São Paulo; Edusp; 2004.

Terreri ALM. A contribuição dos Sistemas de informação em saúde na reorganização do modelo municipal de saúde bucal [Dissertação de Mestrado]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia da UNESP; 1999.

Viacava F, Caetano R, Almeida CM, Martins M, Novaes HMD, Macinko J, et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Rev Ciênc Saúde Col 2004;9(3):711-24.

WHO – World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4th ed. Geneva: ORH/EPID; 1997.

ANEXO A – Questionário aplicado aos coordenadores de saúde bucal



Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

FOUSP

Sistemas de Informação – Indicadores de Saúde Bucal

Com respeito aos instrumentos utilizados pela Secretaria de Saúde para gerenciar o sistema de informação em saúde bucal do seu município,

1. Há fichas (mapas) de produção diária dos profissionais de saúde bucal?

() Sim () Não Se Sim, qual (is)? _____

2. Há fichas (mapas) de produção mensal dos profissionais de saúde bucal?

() Sim () Não Se Sim, qual (is)? _____

3. Há alguma outra ficha (mapa) a ser preenchida pelos profissionais referente à produção ambulatorial?

() Sim () Não Se Sim, qual (is)? _____

4. Qual o fluxo da informação desde o atendimento até o informe do SIA – SUS?

5. Há algum sistema de auditoria dos serviços através dos instrumentos utilizados?

() Sim () Não

Descreva:

6. São produzidos indicadores de saúde bucal?

() Sim () Não Quais? () Índice de acesso ao tratamento odontológico

() Cobertura de PC

() Índice CPOD aos 12 anos

() Outros. Quais _____

7. Os indicadores produzidos são utilizados para avaliação das ações e serviços?

() Sim () Não

Como? _____

8. Os indicadores são utilizados para o planejamento dos serviços?

() Sim () Não

Como?

ANEXO B – Sugestão de Planilha Eletrônica



**Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
FOUSP**

INDICADORES DE SAÚDE BUCAL

1. Acesso à primeira consulta (Mensal)

EC	Faixa etária	População	Indicador
	0 a 2 anos		#DIV/0!
	3 a 6 anos		#DIV/0!
	7 a 14 anos		#DIV/0!
	15 a 21 anos		#DIV/0!
	22 a 59 anos		#DIV/0!
	60 anos e mais		#DIV/0!
	População Total		#DIV/0!

População SUS dependente

EC	População	% SUS	Indicador
0	0		#DIV/0!

2. CPOD 12 anos (Bienal)

Ano		0
CPOD		0
C		0
P		0
O		0
% livre		0

3. Fluoretação da água de abastecimento (Mensal)

	Número	%
amostras com Flúor < 0,6		#DIV/0!
amostras com Flúor entre 0,6 e 0,8		#DIV/0!
amostras com Flúor >0,8		#DIV/0!
Total de amostras	0	#DIV/0!

4. Média de procedimentos odontológicos básicos individuais (Mensal)

	Número	Média
Procedimentos odontológicos individuais*		#DIV/0!
População total	0	

* grupo 3, exceto procedimentos coletivos e EC, e do grupo 10 (10.041.01-0, 10.051.15-5 e 10.051.36-8)

5. Outras informações (Mensal)

Agendados	
Faltas	
Urgências	
Horas na assistência	
Horas em PC	
Trat. completados	

A. Horas trabalhadas (Mensal)

	Número	%
Horas na assistência	0	#DIV/0!
Horas em ações coletivas	0	#DIV/0!
Total de horas	0	#DIV/0!

B. Urgências (Mensal)

	Número	%
Número de urgências	0	#DIV/0!
Total de atendimentos	0	#DIV/0!

C. TC/TI (Mensal)

	Número	%
Tratamentos iniciados	0	#DIV/0!
Tratamentos completados	0	#DIV/0!

D. Média de pacientes por dia (Mensal)

	Número	%
Número de pacientes atendidos	0	#DIV/0!
Horas trabalhadas na assistência	0	#DIV/0!

E. Índice de faltas (Mensal)

	Número	%
Número de faltas	0	#DIV/0!
Número de agendados	0	#DIV/0!