

UTILIZAÇÃO DOS INDICADORES DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE BUCAL PARA AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS, NO PERÍODO DE 2002 A 2005¹

Primary care indicators for evaluation of oral health care, Juiz de Fora, Minas Gerais, 2002-2005

Mariza Imaculada de Freitas²; Isabel Cristina Gonçalves Leite³

RESUMO

O estudo apresenta uma avaliação da assistência odontológica desenvolvida no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, no período compreendido entre 2002 e 2005, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Os indicadores da atenção básica para avaliação das ações de saúde bucal sugeridos pelo Ministério da Saúde foram comparados com as metas pré-estabelecidas e pactuadas com os níveis estadual e federal. Três indicadores foram utilizados: cobertura da primeira consulta odontológica, razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos, e proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais. Os dados foram obtidos através do banco de dados oficiais. A cobertura de primeira consulta no município diminuiu de 11,45% em 2002 para 7,91% em 2005. As metas para este indicador foram alcançadas nos anos de 2004 e 2005. A razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos era 0,02, tanto em 2002 como em 2005. Após a redução da meta de 1 para 0,02 entre 2004 e 2005, a meta pactuada para este indicador foi alcançada em 2005. A proporção de exodontias em relação às ações básicas individuais aumentou de 8,88% em 2002 para 10,18% em 2005 e as metas para este indicador não foram alcançadas no período. Os resultados revelaram que a assistência em saúde bucal no município de Juiz de Fora está aquém da idealizada pelo SUS. A incorporação da equipe de saúde bucal à Estratégia de Saúde da Família pode ser uma medida importante para o aperfeiçoamento e incorporação de metodologias de avaliação dos serviços odontológicos e para a reorientação do modelo assistencial, de forma a torná-lo mais acessível, resolutivo e equânime.

Palavras-chave: Assistência Odontológica; Seguro Odontológico; Auditoria Odontológica; Saúde Bucal; Cirurgia Bucal; Procedimentos Cirúrgicos Bucais; Indicadores Básicos de Saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the public oral health care in the city of Juiz de Fora, Minas Gerais, in the period 2002-2005, in the scope of the Universal Healthcare Public System (SUS). Primary health indicators for evaluation of oral health care suggested by the Ministry of Health were compared with the goals established by the state and federal levels. Three oral health indicators were used: coverage of the first dental visit, ratio of collective dental procedures to the population 0-14 years old, and percentage of extractions among the basic individual procedures. Data were obtained from official database. Coverage for the first dental visit decreased from 11,45% in 2002 to 7,91% in 2005. The goals for this indicator were met in 2004 and 2005. The ratio of collective dental procedures to the population 0-14 years old was 0.02 both in 2002 and 2005. After a reduction of the goals from 1 to 0,02, the goals were met in 2005. The percentage of extractions among basic individual procedures increased from 8.8% in 2002 to 10,18% in 2005; the goals for this indicator were not met in the period. In conclusion, the oral health indicators in the city of Juiz de Fora did not meet the goals idealized for the SUS. The incorporation of an oral health team to the Family Health Strategy may be an important action for the development and implementation of evaluation methods of public dental services and to help framing the assistencial model toward increased access and equity.

Key-words: Dental Care; Insurance, Dental; Oral Health; Dental Audity; Surgery, Oral; Oral Surgical Procedures; Health Status Indicators

¹ Síntese da monografia de mesmo título apresentada ao MBA em Auditoria e Regulação de Estabelecimentos de Saúde (Faculdade de Economia da UFJF)

² Cirurgiã-dentista da Prefeitura de Juiz de Fora, Especialista em Saúde Coletiva (ESMIG, 1996) e MBA em Auditoria e Regulação de Estabelecimentos de Saúde pela Faculdade de Economia da UFJF (2006) Rua Santo Antonio 804/201, CEP 36015-001, Juiz de Fora, MG E-mail marizai@uai.com.br

³ Cirurgiã-dentista da Prefeitura de Juiz de Fora, doutora em Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ), professora adjunta da Faculdade de Medicina da UFJF

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde. Foi instituído pela Constituição Federal de 1988, e regulamentado pelas leis orgânicas da saúde 8.080 e 8.142 ambas de 1990. Desde então, o cumprimento dos seus princípios doutrinários - universalização, equidade, integralidade - tornou-se um desafio frente às necessidades acumuladas (FERREIRA *et al.*, 2006).

Os processos de reorientação do modelo de atenção e consolidação do SUS requerem o aperfeiçoamento e a disseminação de instrumentos e técnicas de avaliação dos resultados e do impacto das ações do sistema sobre as condições de vida da população, priorizando o enfoque epidemiológico e propiciando a permanente seleção de prioridades de intervenção e a reprogramação contínua da alocação de recursos (BRASIL, 1996).

Esta avaliação deve ser conduzida por gestores, profissionais da saúde e sociedade, com base em informações contínuas, de qualidade e confiáveis.

Para a avaliação das ações da atenção básica, o Ministério da Saúde (MS) elegeu um elenco de indicadores mínimos a serem adotados e acordados, nacionalmente, por municípios e estados, por meio do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica. Portanto, o Pacto é um instrumento legal de monitoramento e avaliação do sistema público de saúde. Estabelece como responsabilidade dos municípios e estados o cumprimento de metas acordadas entre os três níveis de gestão.

O Pacto da Atenção Básica foi instituído pela Portaria GM/MS 3.925 de 1998 e definiu parâmetros e indicadores nacionais mínimos com o objetivo de nortear a execução e acompanhamento das ações. A partir de então, anualmente, são publicadas, através de portarias ministeriais específicas, as orientações para o processo de pactuação e a relação de indicadores a serem acordados pelos gestores (BRASIL, 2003a).

O surgimento do Pacto se deu em um contexto pós implantação do Piso da Atenção Básica (PAB), criado em 1998, e está relacionado à necessidade do Ministério da Saúde, na condição de financiador, de avaliar em que grau o aporte financeiro de recursos per capita repassados aos municípios está efetivamente sendo traduzido em melhoria da qualidade das ações ofertadas pelos serviços de saúde, nesse nível de organização do sistema, e o impacto real nas condições sanitárias da população. O Pacto pretende, ainda, impulsionar a organização dos serviços, buscando induzir o processo de

planejamento e organização das ações, através da incorporação da avaliação de diferentes dimensões que compõem o objeto da atenção básica (BRASIL, 2000a).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS/O1-2001) reafirmou a necessidade de avaliação, monitoramento e controle constantes das ações em saúde executadas por municípios e estados e ratificou o Pacto como instrumento nacional para a consecução desse fim. O Pacto fornece uma visão geral do que os municípios estão conseguindo executar nas áreas definidas como prioritárias pela NOAS, entre elas, a atenção em saúde bucal.

No Brasil, a avaliação em saúde apresenta-se em um contexto em que os processos ainda são incipientes, pouco incorporados às práticas de gestão e possuem um caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo do que subsidiário do planejamento, programação e gerenciamento. Além disso, os instrumentos existentes ainda não se constituem ferramentas de suporte ao processo decisório, nem de formação das pessoas nele envolvidas (BRASIL, 2005).

Um dos pressupostos da Política Nacional de Saúde Bucal é acompanhar o impacto das ações de saúde bucal utilizando, para tanto, indicadores adequados (BRASIL, 2004).

Contudo, a auditoria em Odontologia ainda é pouco difundida e praticada no Brasil. Tende a crescer, expandir, diversificar e se tornar cada vez mais necessária devido a fatores como recursos públicos escassos; financiamentos insuficientes; alto custo da assistência odontológica; aumento de planos de saúde privados com cobertura em saúde bucal no mercado; crescente demanda por processos judiciais no setor; aumento de informação, da consciência e do reconhecimento pelo cidadão do direito à assistência, constitucionalmente assegurado, e que deve ser promovido com qualidade, ética, humanismo e agilidade pelos órgãos públicos. O reconhecimento da auditoria como instrumento imprescindível de apoio às decisões e às mudanças necessárias para melhorar o desempenho e dinamismo dos serviços também contribui para essa crescente demanda (JUHAS, 2001).

As atividades de auditoria, no âmbito odontológico, concentram-se na avaliação das estruturas, dos processos e resultados da prestação dos serviços. Pressupõem o desenvolvimento de um modelo de atenção adequado em relação às normas de acesso, diagnóstico, tratamento integral e a reabilitação estética e funcional do paciente. As ações de auditoria em Odontologia visam verificar o grau da atenção oferecido pelo sistema, avaliando a orientação e o perfil do modelo, produtividade, abrangência, o acesso, a cobertura, a resolutividade, a continuidade dos cuidados, a tendência, a

efetividade, o impacto, os resultados e a satisfação do usuário, comparando-o a um modelo que seja ideal, satisfatório e economicamente viável. A auditoria consiste, assim, em um elemento gerencial de extrema importância (BRASIL, 2005).

A utilização dos indicadores da atenção básica em saúde bucal é um dos instrumentos utilizados para a avaliação da assistência odontológica nos municípios. Pode se constituir em importante subsídio no processo de planejamento, acompanhamento, controle e avaliação das ações e serviços, principalmente, se associados à análise e reflexão conscientes do processo de trabalho, e interpretados considerando-se o contexto em que são produzidos.

O desenvolvimento e utilização de metodologias que avaliem constantemente a atenção oferecida são extremamente importantes na formulação de políticas públicas direcionadas a reduzir as desigualdades e iniquidades em saúde, sobretudo na utilização e acesso aos serviços, e na busca pela consolidação do princípio da equidade.

O processo de monitoramento e avaliação da assistência em saúde bucal, através da utilização dos indicadores da atenção básica definidos pelo Ministério da Saúde proporciona aos envolvidos na produção do cuidado odontológico a oportunidade de realizarem uma reflexão crítica acerca do modelo assistencial, das ações desenvolvidas e do processo de trabalho.

Utilizando-se desta ferramenta de monitoramento e avaliação, a proposta deste estudo é analisar a dimensão da assistência odontológica em Juiz de Fora, no período compreendido entre 2002 e 2005, utilizando os indicadores da atenção básica propostos para a saúde bucal pelo Ministério da Saúde.

METODOLOGIA

Juiz de Fora é um município de porte médio, situado no sudeste do Estado de Minas Gerais, na Zona da Mata Mineira. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a população estimada em 2005 era de 501.153 habitantes (IBGE, 2006).

Dentro de seu nível de habilitação, o município se responsabiliza pela organização, operacionalização, gerenciamento, controle, regulação e avaliação efetiva de todos os recursos públicos em saúde, em todos os níveis de complexidade, materializando o princípio da descentralização. Assume também outras responsabilidades e compromissos que têm no conjunto a finalidade de melhorar a assistência, os resultados e o impacto das ações sobre a saúde da população, incluindo aqui o cumprimento do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, firmado com o Ministério da Saúde, através

de um termo de compromisso, que estabelece metas a serem cumpridas e a formulação de justificativas para os resultados não alcançados.

O presente estudo trata de um desenho ecológico, permitindo a comparação entre os valores observados e as metas pré-estabelecidas e pactuadas dos indicadores da assistência básica em saúde bucal no município de Juiz de Fora, no período de 2002 a 2005. Optou-se, portanto, em analisar o comportamento e a evolução dos indicadores da atenção básica em saúde bucal, definidos pelo Pacto da Atenção Básica de 2002, que refletem a estruturação, a oferta e a orientação das ações em saúde bucal. Pretende-se diagnosticar e apontar os avanços, deficiências e inadequações na organização, condução e perfil do modelo desenvolvido, principalmente no tocante ao acesso, cobertura e utilização dos serviços, com o objetivo precípua de contribuir para o aprimoramento e consolidação do SUS.

Foram analisados dois indicadores principais e um complementar sugerido pelo Pacto. São eles:

1- cobertura da primeira consulta odontológica: é um indicador principal que avalia o acesso da população aos serviços de saúde bucal, demonstrando a tendência de cobertura do sistema, a partir da realização da primeira consulta. Seu numerador é representado pelo número total de primeiras consultas odontológicas realizadas no ano em questão e o denominador refere-se à população do período. São utilizados os dados de quantidades apresentadas do SIA/SUS. Para o ano de 2005, foram utilizados os dados até junho, considerando os mesmos como metade do valor anual (indicador 29);

2- razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos: é um indicador principal que dimensiona o acesso e a cobertura das ações educativas e preventivas pela população desta faixa etária, indicada como prioritária pelo Ministério da Saúde para a promoção destas ações. Os procedimentos coletivos englobam uma série de atividades realizadas coletivamente e que dispensam a utilização de equipamentos. Compreendem levantamento epidemiológico, educação em saúde bucal, higiene bucal supervisionada e aplicação tópica de flúor. É construído utilizando como numerador a média anual da população coberta por procedimentos odontológicos coletivos no período e como denominador a população de 0 a 14 anos (indicador 30). Para os anos de 1999 a 2002, o numerador foi calculado dividindo-se a soma da quantidade apresentada mês a mês, em cada ano, pelo número de meses em que esta quantidade foi diferente de zero. Para 2003 e 2004, foi considerada a média dos meses de janeiro a dezembro, independentemente de a quantidade ser zero ou não. Para 2005,

foi considerada a média dos meses de janeiro a junho, independentemente de a quantidade ser zero ou não;

3- proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais: é um indicador complementar que permite avaliar qual a participação das exodontias de dentes permanentes no total de procedimentos clínicos realizados, que devem ser prioritariamente restauradores, conservadores e preventivos (indicador 31). O numerador é representado pelo número total de exodontias de dentes permanentes, no período em questão, enquanto o denominador corresponde ao número total de ações básicas individuais em odontologia. Nestes totais são utilizados os dados de quantidades apresentadas do SIA/SUS. Para o ano de 2005, foram utilizados os dados até junho, considerando os mesmos como metade do valor anual. São reunidos como ações odontológicas básicas individuais procedimentos de dentística/prevenção individuais (restaurações de amálgama, resina, ionômero de vidro, aplicação de carióstático/flúor/controle de placa), periodontia básica (raspagem, alisamento e polimento coronários), exodontias de dentes normalmente implantados e restos radiculares.

Os dados utilizados foram extraídos do banco de dados oficiais, gerado a partir de informações produzidas e enviadas pelas secretarias estaduais e municipais para o Ministério da Saúde, através do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), e acessados no site www.saude.gov.br, gerenciado pelo DATASUS, assim como os denominadores referentes à população no período foram obtidos a partir do Censo Demográfico e projeções intercensitárias (FUNDAÇÃO IBGE, 2006).

Os valores observados foram comparados diretamente às metas pactuadas, sem o uso de inferências estatísticas.

O referido estudo baseia-se em dados obtidos a partir de fontes secundárias, referindo-se a valores médios populacionais; portanto, torna isenta sua aprovação em Comitê de Ética.

RESULTADOS

A análise dos indicadores de atenção básica em saúde bucal produzidos pelo município no período analisado suscita questões relevantes da organização da assistência relativas ao acesso, cobertura, resolutividade, integralidade e equidade dos serviços e ações.

Analisando o comportamento do indicador **cobertura da primeira consulta odontológica**, de pactuação obrigatória, constata-se que persiste um índice relativamente baixo de acesso aos serviços em saúde bucal, não refletindo a necessidade crescente de aumento na cobertura, conforme pode ser verificado na tabela 1.

Tabela 01

A cobertura anual média de assistência odontológica prestada pelo SUS, no município, foi de 9,25% nesses quatro anos. Verifica-se que no ano que o indicador apresentou o melhor resultado, em 2002, apenas 11% da população acessou os serviços. Nos outros três anos, a média de cobertura foi de 8,51%, indicando um acesso muito restrito.

A avaliação da série histórica do indicador de **procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos** permite inferir que, no período analisado, não houve expansão significativa da cobertura dos procedimentos coletivos, no município, e que a produção está abaixo da pactuada, à exceção do ano de 2005, conforme pode ser verificado na tabela 2.

Tabela 02

A média de cobertura dos procedimentos odontológicos coletivos, nesses quatro anos foi de 0,02. Considerando que resultados desejados para esse indicador são aqueles que mais se aproximam de 100% de cobertura, constata-se que a realização do procedimento, no município, está muito aquém do recomendado pelo MS. Apenas no ano de 2005, a meta pactuada foi alcançada. Porém, nesse ano, foi acordada uma meta com valor inferior ao resultado do ano anterior.

No ano de 2004, observa-se que houve uma alguma incoerência na pactuação do indicador (100% de cobertura), considerando a tendência de evolução do mesmo.

Como repercussão das limitações da assistência em saúde bucal no município, o terceiro indicador analisado também apresenta resultados insatisfatórios. O comportamento do indicador, **proporção de exodontias em relação às ações básicas individuais**, que não tem pactuação obrigatória, pode ser verificado na tabela 3.

Tabela 03

Uma assistência à saúde bucal em consonância com os princípios do SUS caracteriza-se pela priorização de ações preventivas coletivas, restauradoras e conservadoras. Portanto, o ideal é que esse indicador apresente reduções ao longo dos anos e atinja valores cada vez menores. Essa não é a realidade observada no município, no período analisado. Verifica-se que em todos os anos o município não conseguiu reduzir o número das exodontias e atingir as metas pactuadas, mantendo uma média

anual de 8,99% de exodontias em relação ao total dos procedimentos individuais básicos. O pior resultado é observado em 2004, em que o resultado ficou 19,76% além do pactuado.

DISCUSSÃO

Os números indicam índices relativamente baixos de acesso, cobertura, utilização dos serviços, resolutividade e uma alta prevalência de procedimentos mutiladores, e revelam que a realidade dos serviços em muito se distancia do que está assegurado constitucionalmente. Estes resultados apontam para a necessidade de se repensar a prática e o processo de trabalho e para a construção de um sistema que centre seu objetivo maior na conquista da equidade, nas necessidades das comunidades, nas condições de vida, na ampliação do acesso e utilização dos serviços.

A observação da série histórica do indicador **cobertura da primeira consulta odontológica** permite avaliar que não houve expansão significativa da oferta e que persiste uma baixa utilização e acesso aos serviços odontológicos no período. Verifica-se que apenas no ano de 2005 a meta de cobertura proposta foi alcançada, a despeito do resultado mais tímido, com encolhimento de 0,98, comparado ao ano anterior. Para esse ano, foi pactuada uma meta de menor valor, sendo inferior, inclusive, aos resultados alcançados nos anos anteriores, o que aponta ausência de planejamento/ programação de estratégias para ampliar o acesso.

Ressalta-se que esses resultados devam ser analisados com cautela, em função de inconsistências, equívocos e alterações na forma de registro do procedimento primeira consulta pelos profissionais da atenção básica. A Portaria número 456, de 16 de abril de 2003, do Ministério da Saúde retificou a definição do código referente à primeira consulta. Esta portaria definiu que os atendimentos de urgências e emergências, já que não implicam na continuidade do tratamento odontológico, não podem ser registrados com o código referente à primeira consulta. Nesses casos, a orientação é que se registrem apenas os procedimentos realizados ou a consulta de urgência com o código específico. É considerado correto para o cálculo do indicador de cobertura de primeira consulta apenas uma consulta por ano para cada paciente. Caso contrário, pode haver sobre-registros e uma inferência negativa de aumento de cobertura e acesso. Portanto, também não podem ser lançados e considerados como primeira consulta aqueles retornos eventuais para reposição de trabalhos perdidos, controle das condições orais e outros realizados pelo mesmo usuário em intervalos inferiores a um

ano. O atendimento à livre demanda, no qual não há o comprometimento do profissional e/ou do serviço com a continuidade do tratamento e a resolução de todas as necessidades do usuário, dentro dos limites e recursos de cada nível de atenção, também não pode ser considerado para a construção desse indicador. Se essas orientações não forem corretamente seguidas, pode haver produção de dados inconsistentes e a construção de indicadores que não correspondam às realidades dos serviços. Os profissionais devem estar sensibilizados e orientados quanto à importância do preenchimento correto dos dados nos boletins de produção.

A discrepância observada entre a cobertura no ano de 2002, que apresentou o resultado mais favorável, comparado aos dos outros anos analisados, pode estar relacionada a essas modificações nas planilhas e com a correção do registro do dado, uma vez que não foram identificadas modificações ou situações significativas que pudessem diminuir a cobertura de modo tão expressivo nos anos seguintes. Pelo contrário, no período, houve incorporação de novos serviços e recursos humanos na rede, o que deveria implicar na produção de resultados melhores, como aumento da cobertura e acesso.

O Ministério da Saúde considera como primeira consulta apenas aquelas que têm como finalidade o exame inicial do paciente, a elaboração e apresentação do diagnóstico e de um plano preventivo e assistencial, com perspectivas de continuidade dos cuidados. Portanto, estima-se que esses usuários que acessaram o sistema deram continuidade ao tratamento e tiveram seus problemas em saúde bucal resolvidos. Para que esse pressuposto se cumpra é preciso que os serviços estejam organizados e articulados em uma rede hierarquizada que contemple atividades preventivas e curativas em todos os níveis de complexidade da assistência, assegurando o princípio da integralidade da atenção em saúde. No município, a organização dos serviços secundários em saúde bucal para a oferta de procedimentos de maior complexidade, como os de endodontia e periodontia, é ainda muito recente e de acesso bastante restrito, principalmente, em função da enorme demanda que se acumulou ao longo dos anos, da baixa cobertura e resolutividade limitada da atenção primária.

O suplemento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), realizada em 1998, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) incluiu a avaliação sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde pela população. O resultado dessa pesquisa destacou, na época, que do ponto de vista do acesso aos serviços odontológicos, o SUS era um agente de grande importância, porém com um papel proporcionalmente pequeno, em comparação com os outros serviços de saúde. A

pesquisa revelou que as maiores desigualdades no acesso à assistência à saúde, no Brasil, estavam relacionadas ao acesso aos tratamentos odontológicos. Constatou, ainda, que o número de desassistidos pela odontologia era 16 vezes maior entre os mais pobres (BRASIL, 1998). Nova pesquisa realizada em 2003, com a mesma metodologia, objetivo e pela mesma instituição, revelou que o acesso aos serviços públicos de saúde aumentou nesses cinco anos, principalmente entre os mais pobres. Porém, o estudo reafirmou que os serviços ainda são insuficientes, principalmente, no âmbito da assistência odontológica. Concluiu que quando se trata de atendimento em saúde bucal, as desigualdades encontradas ainda são muitas, e que os mais pobres continuam com menor acesso aos serviços. Enquanto entre os mais ricos, 4% nunca foram ao dentista, esse número sobe para 38,5% nas camadas socialmente menos favorecidas (BRASIL, 2003b). Segundo Viacava (2003), um fator que contribui para essa deficiência na assistência odontológica é o atraso na incorporação das equipes de saúde bucal à Estratégia de Saúde da Família.

O acesso restrito aos serviços odontológicos, em Juiz de Fora, apontado pela análise do indicador de primeira consulta, é consistente com os resultados da pesquisa acima. Ressalta-se que o município ainda não efetivou a incorporação da assistência odontológica na Estratégia de Saúde da Família.

O monitoramento dos contrastes em saúde bucal é relevante para a programação de intervenções socialmente apropriadas, dirigidas às melhorias globais e ao direcionamento de recursos para grupos da população com níveis mais elevados de necessidades. A equidade deve ser a prioridade e o norte para o planejamento das políticas públicas e ações em saúde bucal (ANTUNES *et al.*, 2006). A demanda para atendimento deveria ser organizada pela equipe de saúde, de modo a permitir, progressivamente, a inclusão da parcela da população mais carente e com os maiores problemas bucais.

Quando são verificados bons resultados no indicador **razão entre procedimentos odontológicos e a população de 0 a 14 anos**, este comportamento reflete uma gestão direcionada e comprometida com a implementação e a universalização de medidas mais amplas de prevenção das doenças bucais, e o desenvolvimento de um modelo de assistência em saúde bucal em maior sincronia com os princípios do SUS, que prioriza as ações de promoção e prevenção, sem prejuízo das ações assistenciais (BRASIL, 1988).

O Ministério da Saúde orienta que as ações preventivas em saúde bucal devam ser realizadas, no mínimo, a cada três meses, ao longo do ano, nessa população

previamente identificada, considerando a necessidade de continuidade para gerarem os impactos esperados. Os municípios podem e devem estender essas ações para outros grupos identificados como prioritários, conforme as necessidades e realidades locais, como para hipertensos, diabéticos, gestantes e outros.

O modelo assistencial preconizado pelo SUS prevê a articulação e o acesso às práticas preventivas/curativas, individuais/coletivas, em consonância com o princípio da integralidade, e como forma de produzir os resultados e impactos positivos nas condições de saúde das comunidades.

As evidências científicas disponíveis mais recentes indicam que a maior parte da redução na incidência e prevalência da doença cárie, que ainda constitui a principal causa de perda dos dentes no Brasil, se deve à utilização do flúor, através do dentifrício e água fluoretada, enquanto os serviços assistenciais não tiveram grande impacto nessa redução (BARROS *et al.*, 2002). Para o alcance de melhores resultados na saúde bucal da população é fundamental que medidas eficazes de promoção e prevenção sejam incorporadas à prática dos serviços odontológicos, através de atividades que conscientizem e estimulem a adoção e incorporação de hábitos e práticas saudáveis no cotidiano, promovam mudanças nos comportamentos negativos, desenvolvam a autonomia e a co-responsabilização do usuário na produção do cuidado odontológico (RONCALI, 2006). O acesso, o mais precoce possível, às orientações da importância do autocuidado e dos resultados positivos de medidas simples, como a escovação diária, no controle e redução das principais doenças bucais (cárie e doença periodontal); a viabilização do acesso aos insumos necessários para o desenvolvimento dessa atividade para aqueles com maiores carências; o acompanhamento e monitoramento das atividades preventivas pelas equipes de saúde bucal são medidas consideradas eficazes quando se pensa em diminuir as desigualdades em saúde bucal, aumentar a resolutividade da assistência e diminuir a angustiante demanda por tratamentos reabilitadores, mais penosos para os usuários e onerosos para os cofres públicos.

Atingir a universalização desse procedimento, em um município da extensão de Juiz de Fora, é extremamente difícil por vários motivos. Dentre eles, destaca-se o fato de grande parte dessas ações coletivas serem desenvolvidas em creches e escolas públicas, não se estendendo às crianças dessa faixa etária que estudam em instituições particulares e não utilizam os serviços de saúde públicos.

Vários fatores podem ter contribuído para os resultados tímidos do indicador de procedimentos coletivos. Entre eles, destacam-se: ausência de planejamento, padronização e sistematização de ações preventivas coletivas na rede; descontinuidade

na distribuição, ou mesmo, indisponibilidade dos insumos necessários à realização das atividades, principalmente escovas dentais, dentifrício e flúor, caracterizando a não priorização, valorização e/ou reconhecimento da evidência científica desse tipo de ação; falta de espaços adequados nas unidades de atendimento para realização das atividades coletivas; insuficiência ou ausência de profissionais auxiliares no processo de trabalho, principalmente na atenção primária; o trabalho do dentista centrado em atividades curativas e individuais, pressionado pelo grande número de urgências e demanda por tratamentos restauradores; o despreparo dos profissionais quanto às práticas educativas, de comunicação e de transmissão de informações; a resistência de algumas pessoas e instituições; a dispersão da clientela de 0 a 14 anos, que não se encontra na sua totalidade inserida em creches e escolas públicas, onde se concentram essas atividades; os questionamentos quanto aos impactos e efetividade desse tipo de ação.

Os profissionais poderiam atuar sob uma concepção mais ampla, em que trabalhar a doença não seja a prioridade, e em que a promoção da saúde e a prevenção das doenças proporcionem às comunidades ferramentas e tecnologias para a sua participação no autocuidado (ARAÚJO *et al.*, 2006).

Outra consideração importante quando são analisados os resultados de cobertura da população de 0 a 14 por atividades preventivas e a correspondência entre os números apresentados e a realidade dos serviços são as inconsistências que também podem ocorrer no lançamento do procedimento nos boletins de produção. Para o seu cálculo, o numerador é a média anual da população priorizada coberta. O correto é lançar, mensalmente, o número atualizado das pessoas cadastradas para as ações, independente se o procedimento é realizado trimestralmente ou com outra periodicidade. O não atendimento a esta determinação contribui para ocorrência de sub-registros e que está refletido na exígua cobertura observada. Por isso, mais uma vez, se faz necessário orientar e conscientizar os profissionais sobre a importância de registros corretos para a produção de indicadores mais próximos da realidade, já que esses são utilizados para caracterizar a assistência, avaliar o desempenho dos serviços, subsidiar o planejamento, orientar as tomadas de decisões, adequar e reordenar as ações, redirecionar os recursos.

Uma outra limitação apontada na construção do indicador de procedimentos coletivos é que ele não consegue medir e discriminar a quantidade das ações previstas no conjunto dos procedimentos coletivos e o intervalo de tempo em que elas são realizadas, já que reflete, apenas, a média de pessoas acompanhadas durante um determinado período.

A população que compõe o denominador também pode extrapolar a população de 0 a 14 anos, quando os municípios incluem no planejamento e execução do procedimento outros grupos ou faixas etárias.

Em função da grande demanda e da necessidade de ampliar cada vez mais o acesso aos serviços, é fundamental otimizar os recursos da assistência odontológica. Nesse sentido, o Ministério da Saúde definiu que 75 a 85% das horas contratadas do cirurgião-dentista devam ser dedicadas à assistência clínica. De 15 a 25% devem ser utilizadas para o desenvolvimento de outras atividades, tais como planejamento, reuniões com a equipe de saúde, capacitação, ações coletivas. Orienta, ainda, que as atividades educativas e preventivas coletivas devam ser planejadas pelos dentistas, mas executadas, preferencialmente, pelos recursos humanos auxiliares em Odontologia e pelos agentes comunitários de saúde, sob supervisão e avaliação dos dentistas (BRASIL, 2004). Portanto, nas situações em que o dentista trabalha sozinho, ou não integrado à equipe de saúde da família, haverá maiores dificuldades na expansão da cobertura dos procedimentos preventivos coletivos.

A baixa cobertura dos procedimentos coletivos verificada no período analisado indica a necessidade de se reavaliar o planejamento, a organização e extensão dessa prática para que resultados mais satisfatórios sejam alcançados e detectados através da mudança do perfil epidemiológico da população e da satisfação do usuário com a sua saúde bucal.

Vários fatores podem contribuir para a ocorrência de excesso de exodontias nos serviços. Eles evidenciam o estágio avançado das doenças bucais quando os usuários conseguem acessar os serviços. Nesses casos, a exodontia pode ser a única opção de tratamento, seja por não existir mais possibilidades de intervenções terapêuticas conservadoras, ou pela impossibilidade de acesso imediato a serviços de maior complexidade necessários para a resolução dos casos, principalmente frente às situações de dor, infecções e disfunções que causam afastamento da vida produtiva. A demora no atendimento devido à limitação financeira, ao difícil acesso aos serviços públicos; à oferta reduzida de procedimentos de maior complexidade; à falta de informação, orientação e conscientização sobre a importância da manutenção dos dentes e a fatores culturais transformam muitos dentes que poderiam ser mantidos na boca, se o tratamento preventivo/restaurador fosse instituído a tempo, em dentes com indicação para exodontia.

Sabe-se que a exodontia é a condição final de um processo de longas perdas, sendo considerada a expressão final da falta de cuidado odontológico, da precariedade

da atenção e assistência odontológica (RONCALI, 2006). Esta condição é considerada reflexo das desigualdades socioeconômicas, da exclusão social, das poucas oportunidades de melhoria de qualidade de vida, de uma lógica de prestação de serviços públicos deficientes e uma prática odontológica iatrogênica e mutiladora (ZANETTI, 2006).

Os números elevados de desdentados totais ou parciais identificados no último inquérito epidemiológico corroboram a afirmação de como a exodontia ainda é uma prática altamente prevalente nos serviços odontológicos. A pesquisa apontou que a perda dental é o principal problema de saúde bucal dos idosos. Constatou que entre eles existem, em média, 26 dentes extraídos por pessoa. Revelou também que a perda dentária precoce é grave. A necessidade de prótese total já é identificada entre os adolescentes (BRASIL, 2003b). Para um grande número desses desdentados, o acesso às próteses para reabilitação das funções perdidas não é possível, devido a recursos financeiros insuficientes e às deficiências da assistência pública.

A perda dentária estigmatiza a população mais pobre e reforça as desigualdades entre as classes sociais (FERREIRA *et al.*, 2006). Vivemos em uma sociedade que valoriza muito a aparência física. Os desdentados ficam expostos a sentimentos de inferioridade, vergonha, insegurança, com sérias dificuldades na aceitação social, pessoal e no mercado de trabalho (FERREIRA *et al.*, 2006; ZANETTI, 2006). Portanto, as exodontias são, ao mesmo tempo, produto e fator de desigualdade e exclusão sociais.

Para Zanetti (2006), apesar de todos os avanços acumulados pelo SUS, o muito já feito ainda não foi suficiente para reduzir, a níveis aceitáveis, a prática das extrações dentárias no sistema.

Em Juiz de Fora, a atual rede assistencial não oferece recursos para a reabilitação parcial ou total dos desdentados e para confecção de próteses unitárias, pois não possui laboratórios de prótese próprios ou conveniados/contratados. Até então, o único local de referência do SUS para confecção de próteses é a Faculdade de Odontologia (FO/UFJF), com capacidade de absorção da clientela extremamente reduzida. Na perspectiva de suprir essa carência e avançar na viabilização do princípio da integralidade das ações, dois laboratórios regionais de prótese odontológica estão em vias de implantação, em consonância com a portaria 599/GM de 23 de março de 2006, que estabelece os critérios, normas e requisitos para o credenciamento desses estabelecimentos (BRASIL, 2006).

A gestão dos serviços públicos deve concentrar esforços no sentido de reduzir os efeitos das perversas desigualdades e exclusão sociais no país, proporcionando melhor qualidade de saúde e vida para a população com menores níveis socioeconômicos, uma vez que são os grupos mais vulneráveis e expostos às doenças.

Mais uma vez, destaca-se a importância da urgência de medidas de reorientação da assistência odontológica, de forma a ampliar e viabilizar o acesso mais precoce e oportuno aos serviços, aumentar a capacidade de resposta do sistema às necessidades de maior complexidade e intensificar os processos educativos, informativos e preventivos, para que esse indicador evolua para resultados mais positivos. Espera-se que o funcionamento dos Centros de Especialidades Odontológicas, no município, promova uma expansão crescente da oferta e cobertura dos procedimentos conservadores e reabilitadores, inclusive os protéticos, e contribuam para a diminuição gradativa dos procedimentos mutiladores, e para uma assistência mais resolutiva, equitativa, de maior qualidade e satisfação, condizentes com os princípios do SUS e com as diretrizes da política nacional de saúde bucal.

CONCLUSÃO

A análise dos indicadores da atenção básica em saúde bucal no período analisado permitiu concluir que a assistência oferecida no município, ainda está aquém do desejado, do necessário às comunidades e do idealizado pelo SUS.

A gestão pública, como instrumento de ação política, deve intensificar os esforços e recursos no sentido de aumentar a cobertura, a resolutividade e a qualidade das ações, principalmente para aqueles mais necessitados, para que possa, efetivamente, cumprir o seu papel na produção da saúde e na contribuição para a conquista de melhores condições de vida, inclusão social e redução das iniquidades em saúde.

A Política Nacional de Saúde Bucal aponta a incorporação das equipes de saúde bucal à Estratégia de Saúde da Família como uma das medidas para a reorganização e reorientação da assistência odontológica, e potencialmente capaz de promover mudanças significativas no quadro epidemiológico brasileiro, através do aumento da cobertura, da resolutividade e efetividade das ações em saúde bucal.

Para que esse pressuposto se cumpra é necessário que essa incorporação assinala para que, de fato, ocorra: organização e oferta de ações centradas nas efetivas necessidades das comunidades; promoção da assistência odontológica como parte dos cuidados integrais e indissociáveis da saúde geral; valorização e reconhecimento da

Odontologia nas práticas coletivas; implementação e extensão de ações de vigilância à saúde, de informação, educação e prevenção; ampliação e qualificação da atenção; garantia de fluxos entre os três níveis de complexidade e de continuidade dos cuidados; atenção integral às famílias e indivíduos de todas as faixas etárias; produção de vínculos e responsabilização pela saúde das comunidades; abordagem e acompanhamento familiar; humanização das práticas; utilização de critérios epidemiológicos, sociais e de vulnerabilidade para organização da demanda; participação e controle social no planejamento, acompanhamento e avaliação das ações, na seleção de prioridades, definição de estratégias e utilização dos recursos.

O desafio de construir um sistema de saúde bucal mais amplo, equitativo, resolutivo, participativo e de qualidade deve continuar instigando as pesquisas e estudos na área, bem como a construção, aperfeiçoamento e incorporação de mecanismos e instrumentos rotineiros de monitoramento e avaliação da gestão e das práticas de saúde. Estes deverão ser capazes de apontar e medir os avanços, retrocessos, as deficiências e inadequações no tocante à organização dos serviços, ao desenvolvimento e adequação das ações, ao gerenciamento e utilização dos recursos, às relações e condições de trabalho, ao impacto dos serviços na saúde, qualidade de vida e satisfação da população. Desta forma, poderão, efetivamente, conferir maior visibilidade, credibilidade, sustentação e respaldos político e social ao setor.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, J.L.F.; PERES, M.A.; MELLO T.R.C. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.79-87, jan./mar. 2006.

ARAÚJO, Y.P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.219-227, jan./mar. 2006.

BARROS A.J.D.; BERTOLDI, A.D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.9-17, 2002.

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

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD). **Acesso e utilização dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 1998.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD). **Acesso e utilização dos Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2003c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria número 73, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria número 95 de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 31 jan. 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria número 267, de 06 de março de 2001. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 07 de mar. 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria número 1.121, de 17 de junho de 2002. Pacto dos Indicadores da Atenção Básica-2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 jun.2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203 de 05 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica/NOB-96. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 nov.1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Informes Técnico-Institucionais. **Pacto de indicadores da atenção básica**: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. Brasília, DF, jun. 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003. **Condições de saúde bucal da população brasileira, 2002-2003**: resultados principais. Brasília, DF, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília, DF, jan. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Caminhos da institucionalização da avaliação em saúde**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do pacto de indicadores da atenção básica**. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **A política nacional de saúde bucal do Brasil**. Brasília, DF, 2006.

FERREIRA A.A.A.; PIUVEZAM G.; WERNER C.W.A.; ALVES M.S.C.F. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.1, n.1, jan./mar. 2006.

FUNDAÇÃO IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 11 set. 2006.

JUHAS, R. **Auditoria em odontologia**. São Paulo: Editora Clássica, 2001.130p.

RONCALI, A. G. Panorama do acesso à saúde bucal no Brasil. Apud LEAL, R.B.; TOMITA, N.E. Assistência odontológica e universalização: percepção dos gestores municipais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.1, jan./mar. 2006.

ZANETTI, C.H.G. Que sorriso é este? In: ZANETTI, C.H.G. **Saúde bucal coletiva: metodologia de trabalho e práticas**. São Paulo: Editora Santos, 2006. Cap.18, p.343-358.

VIACAVA, F. Resultados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD, 2003). Entrevista disponível em: <www.ensp.fiocruz.com.br>. Acesso em: agosto, 2006.

Submissão: outubro de 2006

Aprovação: maio de 2007

Tabela 1 – Evolução do indicador de cobertura da primeira consulta odontológica,
2002 a 2005.

Anos	Resultados Alcançados	Metas Propostas
2002	11,45	*
2003	8,23	11,00
2004	9,40	9,00
2005	7,91	7,30

Fonte: Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Datasus. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2005/pacmap.htm>. Acesso em: 3 mai. 2007.

*Nota: dado não disponível, considerando a pactuação a partir do Pacto da Atenção Básica de 2002.

Tabela 2 – Evolução do indicador razão dos procedimentos coletivos e a população de 0 a 14 anos, 2002 a 2005.

Anos	Resultado Alcançado	Meta Pactuada
2002	0,02	*
2003	0,01	0,03
2004	0,03	1,00
2005	0,02	0,02

Fonte: Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Datasus. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2005/pacmap.htm>. Acesso em: 3 mai. 2007

*Nota: dado não disponível, considerando a pactuação a partir do Pacto da Atenção Básica de 2002.

Tabela 3 – Evolução do indicador proporção de exodontias em relação às ações básicas individuais, 2002 a 2005.

Anos	Resultado Alcançado	Meta Pactuada
2002	8,88	*
2003	8,94	7,5
2004	7,96	8,5
2005	10,18	8,5

Fonte: Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Datasus. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2005/pacmap.htm>. Acesso em: 3 mai. 2007

*Nota: dado não disponível, considerando a pactuação a partir do Pacto da Atenção Básica de 2002.