

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA
MESTRADO PROFISSIONAL

LAÍS VALENCISE MAGRI

Estudo comparativo de indicadores de saúde bucal em modelos
assistenciais da Atenção Básica de São Carlos/SP a partir do SIA-SUS

SÃO CARLOS

2013

LAÍS VALENCISE MAGRI

Estudo comparativo de indicadores de saúde bucal em modelos assistenciais da Atenção Básica de São Carlos/SP a partir do SIA-SUS

Dissertação apresentada na Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre Profissional em Gestão da Clínica.

Área de Concentração: Gestão da Clínica

Orientador: Prof. Dr. Geovani Gurgel Aciole da Silva

Co-orientadora: Prof^ª Fernanda Gonçalves Duvra Salomão

SÃO CARLOS

2013

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

M212ec Magri, Laís Valencise.
 Estudo comparativo de indicadores de saúde bucal em
modelos assistenciais da Atenção Básica de São Carlos/SP
a partir do SIA-SUS / Laís Valencise Magri. -- São Carlos :
UFSCar, 2013.
 100 f.

 Dissertação (Mestrado profissional) -- Universidade
Federal de São Carlos, 2013.

 1. Odontologia. 2. Indicadores de saúde. 3. Sistemas de
informação em saúde. I. Título.

CDD: 617.6 (20ª)



FOLHA DE APROVAÇÃO

LAÍS VALENCISE MAGRI

**“ESTUDO DOS INDICADORES DE SAÚDE BUCAL DA ATENÇÃO BÁSICA
DE SÃO CARLOS/SP A PARTIR DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES
AMBULATORIAIS (SIA- SUS).”**

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à
Universidade Federal de São Carlos para obtenção
do Título de Mestre junto ao Programa de
Pós-graduação em Gestão da Clínica Área de
concentração em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 17/09/2013

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof^(a). Dr^(a). Geovani Gurgel Aciole/ UFSCar

Prof^(a). Dr^(a). Fernanda Lopez Rosell/ UNESP

Prof^(a). Dr^(a). Adriana Barbieri Feliciano/UFSCar

À memória de Vô Toninho, dedico.

Um homem à frente de seu tempo, que nos ensinou, com toda a sua simplicidade, que não há caminho próspero sem o conhecimento e de quem sentimos uma saudade que não cabe em palavra.

Aos meus queridos pais, Maria, Ciro e Nena, que me fizeram quem eu sou, com toda a gratidão e amor.

“Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir”

Michel Foucault

MEU MUITO OBRIGADA,

À toda a minha família. Meus pais, Ciro e Maria pelo apoio incondicional e pelo exemplo de vida. Minhas irmãs, Marília e Ísis, as melhores amigas que a vida podia me dar.

À Nena, que me regou com muito amor e carinho e hoje me vê desabrochar. Com toda a gratidão de filha.

Aos meus queridos tios, Tia Fátima e Tio Zé, os primeiros a despertarem em mim o saber e o sabor do conhecimento.

Ao Lucas, pela cumplicidade nesta caminhada e muito além dela. Desde sempre e para sempre.

À Julinha, que tornou meus dias mais alegres e me fez um ser humano melhor.

Aos meus queridos amigos da Residência e do Mestrado, Flávia, Karine, João, Mayara, Daiane, Tarsila, Pedro, Luís, Nayara, Kátia, Paula, Ana Clara e Mônica. Em especial, ao Manoel, minha referência, com quem aprendi que a vida é curta demais para a tristeza.

Ao meu orientador, Prof. Geovani Gurgel Aciole da Silva, agradeço a oportunidade de toda esta jornada. Muito obrigada pelo conhecimento partilhado e pela amizade construída.

À minha co-orientadora, Prof^a. Fernanda Gonçalves Duvra Salomão, que plantou em mim a primeira semente de ideias desta dissertação, minha eterna tutora de área. À Prof^a Elaine Tagliaferro, pela experiência que me ajudou a desvendar caminhos.

Às professoras Adriana e Fernanda da banca examinadora, que foram fundamentais neste processo de construção e amadurecimento.

À Deus e à Espiritualidade, que me mantiveram no caminho.

RESUMO

MAGRI, Laís Valencise. **Estudo comparativo de indicadores de saúde bucal em modelos assistenciais da Atenção Básica de São Carlos/SP a partir do SIA-SUS.** 2013. 100 p. Dissertação de Mestrado – Centro de Ciências Biológicas da Saúde da Universidade Federal de São Carlos.

O planejamento e a avaliação das ações em saúde bucal são essenciais no âmbito da Atenção Básica. Neste sentido, os indicadores de saúde bucal são importantes instrumentos de análise quantitativa, que podem ser empregados com estas finalidades. O objetivo deste trabalho foi comparar quatro indicadores de saúde bucal [Indicador de Rendimento (IR), Atrição (IA), Ênfase em Prevenção Modificado (IEPM), Indicador Relação Restauração/Extração (IRRE), além da Relação 1ª Consulta/Urgência (RPCU)] em Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), do município de São Carlos/SP, no período de 2008 a 2011. Fizeram parte do estudo 15 USF e 11 UBS. Os dados dos procedimentos odontológicos realizados foram extraídos do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) e os indicadores foram calculados segundo Narvai (1996). A análise estatística foi realizada pelo Teste de Mann-Whitney, adotando-se um nível de significância de 5%. As médias (desvio-padrão) de IR, IA, IEPM, IRRE e RPCU, no período estudado foram, respectivamente, 20(10,9); 7,5(17,8); 0,06(0,24); 5,2(1,4); 0,7(0,6) para UBS e 18,2(12,2); 13,1(20,1); 0,12(0,33); 4,7(2,1); 0,3(0,5) para USF. Diferenças significativas ($p < 0,05$) foram observadas para IRRE e RPCU. Pode-se concluir que, embora as UBS tenham apresentado melhor desempenho do que as USF no município de São Carlos/SP, no período estudado, os resultados também indicaram um processo de fortalecimento da ESF. IEPM, IA e RPCU demonstraram resultados insatisfatórios, apontando para dificuldade de realização de ações de prevenção e promoção da saúde, dificuldade em atingir o público-alvo e atendimentos odontológicos concentrados em urgências e procedimentos curativos. IR e IRRE apresentaram os melhores resultados, indicando alta produtividade em termos de atendimentos odontológicos na AB e um modelo assistencial voltado para práticas conservadoras.

Palavras-chave: Odontologia Comunitária, Indicadores Básicos de Saúde, Sistemas de Informação.

ABSTRACT

MAGRI, Laís Valencise. **Comparative study of oral health indicators in healthcare models at Primary Care of São Carlos/SP from SIA-SUS.** 2013. 100 p. Dissertação de Mestrado – Centro de Ciências Biológicas da Saúde da Universidade Federal de São Carlos.

The planning and evaluation of oral health practices are essential in the context of primary care. In this sense, the oral health indicators are important instruments for quantitative analysis, which can be used with these purposes. The aim of this study was to compare four oral health indicators [Income Indicator (II) Attrition (AI), Modified Prevention Emphasis (MPEI), Indicator Value Restoration / Extraction (IVRE), and the Relationship First Consultation/Urgency (RFCU)] in the Family Health Units (FHU) and Basic Health Units (BHU) in São Carlos/SP, in the period 2008-2011. Study participants were 15 FHU and 11 BHU. The data of the dental procedures performed were extracted from the Outpatient Information System (SIA-SUS) and the indicators were calculated according Narvai (1996). Statistical analysis was performed by Mann-Whitney test, adopting a significance level of 5%. The average (standard deviation) of II, AI, MPEI, IVRE and RFCU during the study period were, respectively, 20 (10.9), 7.5 (17.8), 0.06 (0.24); 5.2 (1.4), 0.7 (0.6) to BHU and 18.2 (12.2), 13.1 (20.1), 0.12 (0.33); 4.7 (2.1), 0.3 (0.5) for the FHU. Significant differences ($p < 0.05$) were observed for IVRE and RFCU. It can be concluded that although BHU have shown a better performance than the FHU in São Carlos, in the period studied, the results also indicated a strengthening process of the Family Health Strategy. MPEI, AI and RFCU showed unsatisfactory results, pointing to the difficulty in implementing prevention and health promotion, difficulty in reaching the target audience and dental care focused on emergency and curative procedures. IVRE and II showed the best results, indicating high productivity in terms of dental care and a model focused on conservative practices.

Keywords: Community Dentistry, Health Status Indicators, Information Systems.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
CEME	Centro de Especialidades Médicas
CIS	Centro de Informações em Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
D-SB	Ficha Complementar para Saúde Bucal (referente ao SIAB)
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
IA	Indicador de Atrição
IEPM	Indicador Ênfase em Prevenção Modificado
IR	Indicador de Rendimento
IRRE	Indicador Relação Restauração/Extração
ISB	Indicadores de Saúde Bucal
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso da Atenção Básica
PAC	Programa de Agentes Comunitários
PSF	Programa Saúde da Família
RPCU	Relação Primeira Consulta/Urgência
SES	Secretaria do Estado de São Paulo
SI	Sistemas de Informação
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tratamento Completado
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THD	Técnico em Higiene Dental
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
USF	Unidades de Saúde da Família

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Indicadores de Saúde Bucal, adaptado de Narvai (1996).....**pág. 27**

Tabela 2. Classificação dos procedimentos odontológicos da Atenção Básica – Fonte SIA/SUS. Adaptado do DATASUS 2012.....**pág. 38**

Tabela 3. Instrumentos de avaliação utilizados no estudo, adaptado a partir de Narvai (1996).....**pág. 40**

Tabela 4. Média (Desvio-padrão; Mediana; Mínimo; Máximo) dos Indicadores de Saúde Bucal calculados para os modelos assistenciais da Atenção Básica de São Carlos/SP, 2008-2011.....**pág. 45**

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Série histórica do Indicador de Rendimento, para os modelos assistenciais da Atenção Básica de São Carlos/SP, 2008 a 2011.....**pág. 47**

Gráfico 2. Médias Anuais do Indicador de Rendimento dos modelos assistenciais da Atenção Básica de São Carlos/SP, 2008 a 2011.....**pág. 48**

Gráfico 3. Série histórica do Indicador Ênfase em Prevenção Modificado, para os modelos assistenciais da Atenção Básica de São Carlos/SP, 2008 a 2011.....**pág. 49**

Gráfico 4. Médias Anuais do Indicador Ênfase em Prevenção Modificado dos modelos assistenciais da Atenção Básica de São Carlos/SP, 2008 a 2011.....**pág. 50**

Gráfico 5. Série histórica do Indicador de Atrição, para os modelos assistenciais da Atenção Básica de São Carlos/SP, 2008 a 2011.....**pág. 51**

Gráfico 6. Médias Anuais do Indicador de Atrição dos modelos assistenciais da Atenção Básica de São Carlos/SP, 2008 a 2011.....**pág. 52**

Gráfico 7. Série histórica do Indicador Relação Restauração/Extração, para os modelos assistenciais da Atenção Básica de São Carlos/SP, 2008 a 2011.....**pág. 53**

Gráfico 8. Médias Anuais do Indicador Relação Restauração/Extração dos modelos assistenciais da Atenção Básica de São Carlos/SP, 2008 a 2011.....**pág. 54**

Gráfico 9. Série histórica da Relação 1ª consulta/Urgência, para os modelos assistenciais da Atenção Básica de São Carlos/SP, 2008 a 2011.....**pág. 55**

Gráfico 10. Médias Anuais da Relação 1ª consulta/Urgência dos modelos assistenciais da Atenção Básica de São Carlos/SP, 2008 a 2011.....**pág. 56**

SUMÁRIO

CONTEXTO DO PROBLEMA	12
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
1. Atenção Básica.....	17
2. Odontologia na Atenção Básica	21
3. Indicadores de Saúde Bucal (ISB).....	25
4. Sistemas de Informação da Atenção Básica em Odontologia.....	31
OBJETIVOS	35
1. Objetivo Geral.....	35
2. Objetivos Específicos	35
MATERIAIS E MÉTODO	36
1. Tipo de Estudo	36
2. Cenário do Estudo	36
3. Período e Local da coleta dos dados.....	37
4. Variáveis do Estudo.....	38
5. Processamento dos Dados.....	40
6. Análise Estatística	43
7. Aspectos Éticos	43
RESULTADOS	45
DISCUSSÃO	57
CONCLUSÕES.....	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
APÊNDICES	81
ANEXO	100

CONTEXTO DO PROBLEMA

A Atenção Básica (AB) tem papel fundamental na estruturação dos sistemas de saúde, na medida em que representa a principal “porta de entrada” dos usuários a todos os níveis de cuidado, sejam eles primários, secundários ou terciários. Ela representa o alicerce de toda a rede de saúde e segundo Bodstein (2002), é responsável pela resolubilidade da grande maioria das demandas de usuários que buscam atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS).

Desde 1998, com a introdução do Piso da Atenção Básica (PAB) (Portaria GM/MS n.1882, de 18/12/97) o Governo Federal procura enfatizar e fortalecer o atendimento básico, invertendo a lógica de prioridade de repasse de recursos para ambientes hospitalares e de pronto atendimento, garantindo investimentos nas ações preventivas e de promoção da saúde (BRASIL, 1997b).

No âmbito da AB coexistem dois modelos assistenciais à saúde, representados pelas Unidades de Saúde da Família (USF) e pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nas USF o trabalho é desenvolvido por uma equipe de referência com formação generalista, que pode contar com o apoio matricial de outros profissionais e trabalha com base no diagnóstico da população adscrita, a partir de uma cobertura populacional de no máximo 1.000 famílias. Já nas UBS, a equipe conta com profissionais médicos especialistas, geralmente as ações desenvolvidas não são planejadas a partir do diagnóstico do território e a cobertura populacional excede a capacidade de atendimento das equipes (LUCENA; JÚNIOR; SOUZA, 2011).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada a maior proposta de fortalecimento da AB e vem recebendo crescentes investimentos para a implantação de novas unidades e melhoria das unidades já existentes. O grande objetivo desta estratégia, implementada no Brasil em 1994, é a reorientação do modelo assistencial da atenção primária, com maior possibilidade de cumprimento dos princípios de universalidade e integralidade do indivíduo, inserido em seu meio sociocultural e compreendido em sua singularidade.

Entendendo que muitas dificuldades foram e ainda são encontradas no percurso de efetivação da ESF como modelo principal da AB, faz-se necessário considerar que resultados muito positivos já foram alcançados, e que cada vez mais esta estratégia vem se constituindo como um projeto dinamizador do SUS de referência internacional, aliado ao aumento da satisfação dos usuários quanto ao atendimento recebido resultante das mudanças já realizadas (COSTA et al., 2009).

As UBS têm se mostrado um modelo assistencial com dificuldades, devido ao fato de que os maiores incentivos da AB estão voltados para a ESF. O acesso dos usuários nas UBS fica comprometido devido à cobertura populacional excessiva, falta de organização do processo de trabalho, pois há predomínio de atendimento de livre demanda e desconhecimento das reais necessidades de saúde da população.

Considerando este contexto, a Odontologia na AB que até a década de 90 se constituía de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde, passa a partir de então a promover ações de maior integração com as demais áreas, voltando suas ações para prevenção e promoção da saúde.

Com a implementação da ESF, o processo de mudanças acima descrito começou a ocorrer de forma efetiva. Houve ampliação do acesso às ações odontológicas e qualificação da atenção, elevando, assim, as condições de saúde bucal da população. Dados do Ministério da Saúde apontam que de 2002 a 2007 foram implantadas 10.954 novas Equipes de Saúde Bucal (ESB) em USF. Em 2007, havia 15.215 equipes de saúde bucal atuando em 4.314 municípios, o que significa dizer que 56,6% das Equipes de Saúde da Família já contavam com equipe de saúde bucal, representando um aumento de mais de 257% no número de ESB na Saúde da Família. Aproximadamente 75 milhões de pessoas no Brasil já estavam cobertas com ações de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, o que corresponde a 40,2% da população brasileira (BRASIL, 2007).

A Odontologia, uma prática historicamente curativista, mutiladora e de reparo de danos, vem passando por enormes mudanças, especialmente devido às ações desenvolvidas na AB, como fluoretação das águas, escovação dental supervisionada, exame bucal com finalidade epidemiológica, ações de aplicação tópica de flúor em

escolares, dentre outras. Vale ressaltar que as conquistas odontológicas relacionadas com melhorias significativas dos indicadores de saúde bucal no Brasil, principalmente nas últimas três décadas, se devem a estratégias desenvolvidas no âmbito do cuidado a nível primário, ocasionando redução na demanda de usuários com necessidades de encaminhamento para os outros níveis de atenção.

Esta nova organização no atendimento público odontológico, especialmente devido à criação da Política Brasil Sorridente em 2004, representa um grande avanço para o SUS, na medida em que desfragmenta o cuidado e garante acesso aos serviços odontológicos, com integralidade, universalidade e equidade (LUCENA; JÚNIOR; SOUZA, 2011).

Para que as ações em saúde sejam corretamente planejadas e avaliadas se faz necessário que todas as informações envolvidas sejam armazenadas de maneira objetiva e de fácil acesso. Os sistemas de informação (SI) são, muitas vezes, utilizados apenas como ferramentas de arquivamento de dados, não sendo utilizados para avaliação e planejamentos das ações em saúde com base nas necessidades locais.

Estes SI apresentam enorme potencialidade gerencial, na medida em que possibilitam uma visão do que foi produzido em termos de procedimentos ambulatoriais, bem como informações relacionadas com as características locais e populacionais. Dos vários SI utilizados pelas equipes da AB, só é possível registrar dados referentes à odontologia no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (CARNUT; FIGUEIREDO; GOES, 2010).

Até 2007 o SIAB fornecia poucas informações relacionadas com a saúde bucal. A implantação da Ficha Complementar para Saúde Bucal (Ficha D-SB) foi uma tentativa de aperfeiçoamento do registro de dados odontológicos baseados nos indicadores de saúde bucal, contudo ainda não é possível comparar resultados e ações odontológicas através deste sistema de informação devido ao reduzido tempo de sua implantação.

O SIA atualmente fornece mais dados relacionados com a saúde bucal, é responsável pelo armazenamento de dados referentes aos atendimentos ambulatoriais prestados no SUS. Ele foi instituído pela Norma Operacional Básica em 1992 (NOB-92) e sua principal fonte é um documento denominado Boletim de Produção Ambulatorial (BPA). Este sistema de informação é utilizado para todas as áreas da saúde, não somente para a Odontologia e disponibiliza dados referentes ao perfil de morbidade das populações assistidas por determinados centros de saúde, UBS e USF. A partir dele, é possível elaborar estratégias de promoção, educação e recuperação da saúde (PEREIRA et al., 2009).

Diversos estudos na literatura já foram realizados utilizando o SIA-SUS como fonte de informações para pesquisas na área odontológica, portanto este sistema pode ser considerado confiável para esta finalidade, além da grande vantagem de permitir comparação com pesquisas realizadas em outros municípios/regiões do Brasil.

Os indicadores de saúde bucal (ISB) são calculados a partir de dados retirados de SI em saúde, para tanto é preciso que estes sistemas sejam alimentados com frequência e garantam acesso às informações de maneira rápida e precisa. Diversos indicadores já foram propostos na literatura científica, contudo é importante considerar que não existe nenhum indicador considerado perfeito, todos apresentam falhas e vieses de interpretação e cálculo.

Em 1989, através de um Documento da Secretaria do Estado de São Paulo (SES/SP), foi recomendada a utilização de indicadores consagrados em outras áreas, principalmente na área médica, para a vigilância em saúde bucal. Tais indicadores foram adaptados e passaram a ser utilizados em alguns municípios, todavia, na década de 90 a escassez de informação em saúde era infinitamente maior do que encontramos hoje. Os indicadores propostos neste documento foram: índice de acesso aos serviços, relação restaurações/extrações (dentes decíduos e permanentes), índice de serviços básicos, índice de atrição, índice de produtividade, composição do tratamento completado (TC), índice de atividades preventivas individuais e índice de produtividade específica (BRASIL, 1989).

A partir de documento acima citado, Narvai (1996) sistematizou e reorganizou os indicadores de saúde bucal na Oficina de Planejamento e Avaliação de Ações em Saúde Bucal no SUS, promovida pela SES/SP, onde foram apresentados 22 indicadores, muitos deles ainda bastante utilizados na avaliação dos parâmetros da saúde bucal.

A vontade de desenvolver este estudo surgiu a partir de minha experiência como cirurgiã-dentista residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). A convivência com profissionais da rede de saúde me mostrou o quanto os SI são negligenciados e desvalorizados, especialmente na saúde bucal.

A hipótese inicial, quando este trabalho foi concebido, era de que as USF tivessem melhores ISB quando comparadas às UBS, especialmente nos aspectos relacionados ao modelo de atenção e ações de prevenção e promoção da saúde.

A comparação entre o exercício da Odontologia nos dois modelos assistenciais da AB sempre foi um grande desafio acadêmico para mim. Acreditando ser a ESF um modelo superior, busquei traçar a metodologia de um estudo de baixo custo e com possibilidade de reprodução em qualquer outra localidade do país. O desafio foi grande e surpreendente, comecei a compreender com mais serenidade que as mudanças são lentas, gradativas e têm seu tempo. A residente amadureceu...

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. Atenção Básica

A AB caracteriza-se por um conjunto de ações que englobam os níveis individual e coletivo. Tais ações são desenvolvidas baseadas na promoção e proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Nela, os trabalhadores são organizados em equipes e atuam nas práticas gerenciais, sanitárias e assistenciais, utilizando tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, e baseiam-se no diagnóstico do território e nas características da população adscrita. Suas diretrizes norteadoras são: universalidade, acessibilidade, integralidade, vínculo, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2006a).

Segundo Starfield (2004), para compreender o conceito de AB é preciso basear-se em alguns princípios: primeiro contato (que representa a acessibilidade), longitudinalidade (continuidade do cuidado), abrangência (ações baseadas nas necessidades de saúde) e coordenação (planejamento do serviço prestado).

Bodstein (2002) enfatiza que a AB contribui com a descentralização do SUS, pois o governo federal instituiu programas específicos direcionados a ela (ESF e PAC), que devem ser desenvolvidos de acordo com as necessidades territoriais, implicando em uma transferência de responsabilidades para os municípios, que passam a ser gestores da organização da AB a nível local. A autora conclui que apesar de todos os obstáculos encontrados no incentivo da AB, os municípios estão cada vez mais fortalecidos quanto à gestão do nível primário de atenção.

Borges e Baptista (2010) analisaram a Política Nacional de Atenção Básica a partir da perspectiva de sua institucionalidade, utilizando como referencial teórico a análise do discurso proposta por Foucault, em textos oficiais e artigos científicos. As autoras enfatizam a ESF como sendo o carro-chefe desta mudança de modelo, através da mobilização de recursos financeiros e humanos para a implantação e fortalecimento do programa. O artigo concluiu que a prioridade da AB, tão enunciada pelos gestores federais, se contrapõe a um conjunto de fragilidades que apontam para a necessidade de

análise da política proposta, a fim de viabilizar a sua concretização no cotidiano dos serviços em saúde.

Neste sentido, a AB ganha novos rumos com a implementação da ESF, que surge como um modelo assistencial de mudanças. Em comparação com as UBS, algumas diferenças podem ser apontadas, especialmente no que diz respeito ao diagnóstico do território e cobertura populacional.

Com relação à cobertura populacional recomendada, para UBS aponta-se para até 30 mil habitantes em grandes centros urbanos, e até 12 mil habitantes para UBS com Saúde da Família. Já para USF, o recomendado é uma cobertura de, no máximo, mil famílias ou 4 mil habitantes, sendo o recomendado pelo governo federal, 3 mil habitantes (BRASIL, 2006a).

Castanheira et al. (2009) realizaram um estudo transversal com o intuito de caracterizar a organização dos serviços da AB em 32 municípios do centro-oeste paulista. Neste, foram enviados questionários estruturados que deveriam ser respondidos pelas equipes, com questões que abordavam características institucionais e de organização do trabalho. Participaram da pesquisa 113 unidades de saúde da AB, distribuídas em 32 municípios, das quais 57 (50%) foram classificadas como UBS tradicionais, 26 (22,8%) como USF e 31 (27,2%) apresentavam organização mista. A maioria dos serviços (62%, 70/113) não trabalhava com área de abrangência delimitada e não conhecia as características do território adscrito.

A ESF foi implementada no Brasil em 1994, sendo considerada como a principal estratégia de organização da AB pelo Ministério da Saúde. Em 2004, 80,2% (4.492) dos municípios brasileiros já possuíam USF, todavia a cobertura alcançada por tais unidades era de apenas 36,4% (63.655.488) da população. Seu principal objetivo quando idealizada era de contribuir com a reorientação do modelo assistencial a partir da AB, baseando-se nas diretrizes e princípios do SUS, a fim de criar uma nova dinâmica de atuação das unidades básicas (BRASIL, 1997a).

O processo de trabalho e de gestão na ESF se dá a partir do conhecimento do território e das necessidades de saúde da população, sendo o vínculo e a

responsabilização, fundamentais neste processo. É estabelecida a realização de pelo menos uma visita domiciliar mensal para cada família, o que permite à equipe olhar para seus usuários inseridos em seu contexto sociocultural, garantindo um cuidado mais humanizado e integral. A ESF é composta por uma equipe multiprofissional, que trabalha de forma criativa e interligada, a fim de garantir o acompanhamento da saúde de sua população assistida e, quando necessário, realizar encaminhamentos para outros níveis de atenção (BRASIL, 2007).

As UBS são responsáveis por uma cobertura populacional maior e não conseguem, muitas vezes, conhecer as especificidades e necessidades em saúde de sua população adscrita. A equipe inserida nestas unidades é multiprofissional, todavia a forma de estruturação do cotidiano de trabalho pode interferir no cuidado, especialmente devido a alguns fatores: forma de contratação dos profissionais (geralmente realizam jornada de trabalho de 20 horas semanais ou são contratados por número de consultas diárias), não existe espaço para diálogo e discussão de caso (como as reuniões de equipe da ESF), não são realizados atendimentos ou visitas domiciliares, além da ausência dos agentes comunitários, que representam o elo entre a equipe e a população, pelo fato de serem moradores do território (PEREIRA; PEREIRA; ASSIS, 2003).

Foi realizado um estudo no município de Teixeira/MG no ano de 2005 com o objetivo de avaliar a satisfação dos usuários com relação ao cuidado em saúde prestado por uma USF. Tratou-se de um estudo observacional, quanti-qualitativo, a partir de um questionário semiestruturado. A amostra foi composta por 364 indivíduos, que representavam 11% das famílias do município (amostra aleatória e estratificada). 82,5% dos usuários relataram melhora nos serviços prestados após a implantação da ESF, evidenciando um elevado grau de satisfação em relação à experiência vivenciada, bem como contribuindo para o fortalecimento da atenção básica e humanização do cuidado (COTTA et al., 2005).

Elias et al. (2006) realizaram um estudo comparativo das modalidades assistenciais representadas pela ESF e UBS por extrato de exclusão social no Município de São Paulo, considerando as opiniões de usuários, profissionais de saúde e gestores. O instrumento utilizado foi o Primary Care Assessment Tool (PCAT), que categorizou a

AB em 8 dimensões. Fizeram parte da pesquisa 384 unidade de saúde e foram realizados 1.117 questionários (inquéritos de opinião). O resultado obtido foi que não houve diferenças entre ESF e UBS nos extratos sociais para profissionais e gestores, todavia foi encontrado que a satisfação dos usuários foi mais elevada nas USF quando comparada às UBS, apontando que na percepção dos usuários, a ESF é um modelo assistencial superior.

A ESF se contrapõe a um modelo assistencial que ainda está enraizado sócio e culturalmente na população brasileira (onde há valorização da especialidade, do cuidado fragmentado, desconhecimento das necessidades de saúde, no qual o conceito de saúde é compreendido apenas como uma ausência de doença), embora a satisfação dos usuários do SUS com relação aos atendimentos recebidos na AB demonstre que a ESF vem sendo cada vez mais incorporada e aceita, conforme demonstrado nos dois estudos acima descritos (COTTA et al., 2005; ELIAS et al., 2006).

Costa et al. (2009) realizaram uma revisão bibliográfica com o objetivo de refletir sobre a implantação da ESF no cenário brasileiro e as dificuldades encontradas neste percurso. Foram selecionados 90 artigos científicos, dos quais 50 foram considerados de maior interesse. A principal dificuldade apontada relaciona-se com a desconstrução das matrizes de um modelo assistencial perverso, ainda sustentado por trabalhadores e gestores da saúde, governantes e pela própria população. Tal modelo acaba corrompendo o processo de trabalho em saúde e para reorientá-lo é necessário muito labor, baseado em tecnologias leves, a fim de possibilitar a construção de práticas de saúde mais solidárias, acolhedoras e conseqüentemente mais resolutivas. É preciso que conceitos com vínculo, acolhimento e cuidado humanizado sejam trabalhados cotidianamente.

Neste sentido, A ESF visa transpor a visão fragmentada do ser humano, alterando-a para uma compreensão integral, na qual o sujeito é considerado em todas as suas dimensões: individual, familiar, histórica, social e coletiva, a partir do resgate de uma prática profissional generalista, por meio da qual a compreensão do processo saúde-doença é pensada de forma mais ampla, segundo a realidade local e familiar (BRASIL, 1997a).

Em suma, a AB vem passando nos últimos 20 anos por um processo de fortalecimento e reestruturação, que ganhou forças com a implementação da ESF, um modelo assistencial inovador e superior em relação às UBS. As pesquisas científicas trazidas neste capítulo demonstram algumas dificuldades na efetivação da ESF como modelo de reorientação da AB, todavia seus princípios e diretrizes caminham em mais harmonia com o SUS, refletindo na maior satisfação dos usuários.

2. Odontologia na Atenção Básica

Neste contexto de mudanças da AB, a Odontologia tem papel fundamental. Durante muitos anos no Brasil, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde. Atualmente existe um movimento de alterar esta tendência, através de ações que visam promover maior integração da saúde bucal, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontam para a promoção e vigilância em saúde, a fim de ofertar uma assistência integral.

No ano 2000, com a portaria GM/MS n.º 1.444, foram estabelecidos incentivos para o financiamento das ações de saúde bucal no âmbito da AB. A partir destes incentivos, novas ESB foram contratadas e alocadas em unidades de saúde. Com isso, a odontologia no SUS deu um grande salto, pois os usuários começaram a ter maior acesso à saúde bucal, tanto em nível de ações curativas, como preventivas (BARROS; BERTOLDI, 2002).

Em 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, no qual foram estabelecidas novas diretrizes para a reorganização da saúde bucal na AB, baseadas na concepção de saúde não centrada na doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores de risco, incorporando ações programáticas de caráter mais abrangente. A partir de então, a atuação das ESB tornou-se mais efetiva e mais bem organizada, pois estes profissionais tiveram suas competências específicas bem delimitadas (BRASIL, 2006b).

Com a implementação do Programa Brasil Sorridente, também em 2004, a saúde bucal tornou-se política pública em âmbito nacional, ganhando cada vez mais força e mais incentivos financeiros, o que representou outro grande avanço para a Odontologia no serviço público (BRASIL, 2006b; LUCENA; JÚNIOR; SOUZA, 2011).

As ESB começaram efetivamente a ser implantadas na ESF em março de 2001. De acordo com dados de 2007, foram implantadas 15,7 mil equipes, oferecendo uma cobertura para aproximadamente 77 milhões de brasileiros. A prática odontológica deixou de ser fragmentada e independente, tornando-se algo necessário na busca da qualidade de vida, através principalmente de ações de prevenção e promoção da saúde. Neste contexto, foram criadas 2 modalidades de ESB: a modalidade I, composta por Cirurgião-Dentista e Auxiliar de Consultório Dentário; e a modalidade II, composta por Cirurgião-Dentista, Auxiliar de Consultório Dentário e Técnico em Higiene Dental (BRASIL, 2006a).

Apesar dos avanços pelos quais a Odontologia do SUS passou nos últimos 15 anos, muitas dificuldades foram e ainda são encontradas neste percurso. Como a Odontologia é uma prática historicamente pautada no reparo de danos e o cirurgião-dentista é um profissional com um perfil curativista, esta mudança de paradigmas leva tempo e demanda esforços.

Pereira, Pereira e Assis (2003) realizaram uma pesquisa qualitativa, do tipo descritiva exploratória, com o objetivo de descrever e analisar a prática odontológica nas UBS do município de Feira de Santana (BA). Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 10 cirurgiões-dentistas (CD) atuantes na rede. Além disso, foram obtidos dados a partir da observação não participante de 3 UBS. Como referencial metodológico foi utilizada a análise de conteúdo. Os resultados obtidos demonstraram que os CD ainda exercem uma prática pautada no modelo tradicional da atenção à saúde bucal, na qual são privilegiadas ações individuais, autônomas, curativas e tecnicistas. Os autores concluem que a prática odontológica nas UBS de Feira de Santana (BA) precisa ser repensada e reconstruída, com o intuito de buscar ações mais voltadas para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde bucal.

Farias e Moura (2003) identificaram os benefícios e obstáculos relacionados à implementação das ações de saúde bucal na AB do município de Iracema/CE, sob a perspectiva da ESF nos anos de 1998 e 2001. Os dados foram coletados em 2002, através de análise documental e observação participante, com registro em diário de campo. Os obstáculos apontados pelas autoras foram a grande valorização por parte da população das práticas odontológicas curativas, insuficiências de serviços especializados, grande demanda reprimida e a ausência de técnico em higiene dental na ESB. No ano de 2001 o número de procedimentos odontológicos oferecidos foi superior do que em 1998, sinalizando para uma melhor cobertura. Os resultados demonstraram que a ESF traz benefícios significativos à saúde bucal da população na medida em que a inserção do cirurgião-dentista na equipe proporciona maior abrangência das ações voltadas para a promoção e prevenção, priorizando as atividades coletivas e o atendimento aos grupos específicos, com enfoque de risco.

Carvalho et al. (2004) discutem a incorporação das ESB na ESF, a partir de vários pontos. O primeiro deles envolve o modelo de formação universitária em saúde vigente no país, que forma profissionais com perfil voltado para a prática individualista, de visão fragmentada, centrada em procedimentos, o que não é adequado à filosofia de trabalho da ESF. Além disso, os cursos de graduação de Odontologia não contêm na grade curricular, o treinamento para o trabalho em equipe multiprofissional. A desvalorização do trabalho público é outro ponto relevante desta discussão, considerando que profissionais mal remunerados são muitas vezes, obrigados a trabalhar no SUS sem ter o perfil necessário. Outra dificuldade que pode ser apontada se deve ao fato de que a maioria das ESB são implantadas após a instalação da ESF, impondo sua adequação à dinâmica de trabalho da ESF já constituída, bem como a apropriação das informações já levantadas.

Baldani et al. (2005) analisaram o perfil de implantação da Odontologia na ESF no Estado do Paraná, Brasil. Para tanto, foi realizado um estudo qualiquantitativo que envolveu 136 município. Foram enviados questionários para as equipes, abordando aspectos relacionados com administração e organização do processo de trabalho. Os resultados revelaram que a média da população coberta corresponde ao mínimo estipulado pelo Ministério da Saúde em 2000 e, mesmo assim, as equipes encontram dificuldades para desempenhar as atividades propostas. Os profissionais dentistas

entrevistados se mostraram favoráveis à participação em capacitações e curso de formação com enfoque na ESF, sendo que a maioria deles não tinha formação na área. Verificou-se que o número de contratos temporários de dentistas é elevado (37,7%) e os relatos indicam que há necessidade de formação de profissionais generalistas com perfil adequado.

As práticas profissionais são um reflexo do modo como os serviços de saúde são organizados, a partir de elementos norteadores baseados no modelo assistencial vigente, premissa esta que pode ser remetida tanto para USF, como para UBS.

Neste sentido, foi realizada uma pesquisa com cirurgiões-dentistas atuantes na ESF de Natal/RN, com o objetivo de conhecer as práticas preventivas e educativas em saúde bucal realizadas por estes profissionais. Realizou-se entrevista estruturada com 80 dentistas e análise documental a partir do SIA-SUS e do SIAB. 95% dos entrevistados disseram realizar ações preventivas, especialmente orientação de higiene bucal e de aplicação tópica de flúor e 86,2% responderam que realizam ações de caráter educativo, especialmente em ambiente escolar. Nos registros do SIA-SUS, as atividades preventivas representaram 41% do total de procedimentos. Dentre essas, aplicação tópica de flúor gel por sessão correspondeu a 24,4%, e escovação supervisionada, a 31%. Quanto às atividades educativas, 57,4% realizaram-se no estabelecimento de saúde e 42,6% na comunidade. Diante do exposto, os autores concluem que as ações de prevenção e educação são mais voltadas para os escolares, ficando o restante da população sem acesso ou com pouco acesso a estes tipos de serviços odontológicos (ALMEIDA; FERREIRA, 2008).

As ESB devem estar preparadas para prestar assistência individual e coletiva, para tanto é necessária uma mudança no paradigma da prática odontológica voltada para um modelo cirúrgico-restaurador. É preciso desmonopolizar os saberes da saúde bucal, que ficam concentrados somente nas mãos da ESB, a fim de que toda a equipe seja capacitada para atender de forma integral seus usuários (EMMI; BARROSO, 2008).

Lourenço et al. (2009) realizaram um estudo que avaliou aspectos operacionais e de gestão das ESB na ESF no Estado de Minas Gerais. Participaram dos estudos 164 municípios. 66,9% relataram formas de contratação instáveis, com 82,5% dos

cirurgiões-dentistas recebendo salário abaixo de nove salários mínimos por oito horas diárias de trabalho. 75,9% dos municípios relataram uma proporção de até 4.000 habitantes por ESB e 74,1% utilizavam mais de uma forma de agendamento dos usuários. Em média, 79,6% das ESB atendiam todas as faixas etárias e 48,9% dos cirurgiões-dentistas relataram não ter participado de nenhum curso de capacitação. A integração entre as ESB e as equipes da ESF foi verificada em 76,2 %, embora apenas 54% realizam reuniões frequentes. Os autores concluíram que as principais dificuldades relatadas foram: a falta de capacitação das ESB, a demanda excessiva, a precarização das relações de trabalho e a falta de envolvimento entre as ESB e o restante da equipe.

Mais importante do que desenvolver ações coletivas de prevenção e educação em saúde bucal de forma arbitrária, é realizá-las racionalmente através de avaliações periódicas e com planejamento adequado. Tais ações, geralmente ficam concentradas em escolares e são colocadas em prática apenas em determinados períodos do ano (BOARETO, 2011).

Sendo a ESF uma proposta de mudança do modelo assistencial a partir da reorientação da AB, e considerando que a Odontologia no âmbito da saúde pública acompanha este processo, é necessária a incorporação de conceitos fundamentais nas ESB, como acolhimento, conhecimento das especificidades locais e formação profissional complementar. A saúde bucal no SUS teve grandes avanços, todavia ainda é necessária uma mudança de paradigma da prática odontológica curativista.

3. Indicadores de Saúde Bucal (ISB)

Os ISB são instrumentos de grande valia para a avaliação desta prática odontológica, pois permitem a conversão de dados basicamente numéricos em relações que trazem consigo grande significado, além de permitirem comparações.

Os indicadores podem ser classificados de diversas maneiras com base em critérios pré-estabelecidos. Donabedian (1980) foi o primeiro autor a dividir os indicadores de acordo com a finalidade a que se propunham: indicadores de estrutura, processos e resultados. Os indicadores de estrutura avaliam aspectos estáveis do sistema

(recursos ou insumos utilizados), os indicadores de processos são destinados às atividades e procedimentos empregados no manejo dos recursos e os indicadores de resultados avaliam as mudanças ou efeitos gerados após a execução do trabalho. Via de regra, os indicadores de resultados são os mais utilizados e são considerados os de maior importância, o que se explica pelo fato de que eles estão mais comumente relacionados com os estudos epidemiológicos, embora um processo avaliativo deva contemplar de modo razoavelmente balanceado, estes três componentes.

A simplicidade do indicador é um ponto importante a ser considerado, como afirma Musgrove (2002), a fim de que os resultados obtidos possam ser compreensíveis a todos, de maneira rápida e direta. A criação de indicadores complexos e de difícil interpretação faz com que estes não sejam utilizados no planejamento e avaliação das ações em saúde. Segundo Chaves (1986), quando um indicador de saúde é criado é preciso considerar a sua validade técnica e financeira, além da viabilidade em termos de recursos humanos e tecnológicos.

O mesmo autor (NARVAI, 1996) sistematizou e reorganizou os ISB na Oficina de Planejamento e Avaliação de Ações em Saúde Bucal do SUS, promovida pela SES/SP. Estes ISB foram adaptados da área médica para a Odontologia, sendo que estavam mais voltados para avaliação de modelo de atenção. No total, foram apresentados 22 indicadores, sendo que os principais estão organizados na Tabela 1.

Tabela 1. Indicadores de Saúde Bucal, adaptado de Narvai (1996).

<i>Indicador e Classificação</i>	<i>Cálculo</i>	<i>Interpretação</i>
Indicador de Atrição (Efetividade)	$\frac{\text{Total de TC} \times 100}{\text{Total de exames clínicos}}$	Valor dado em porcentagem. Representa o quanto da população teve acesso a tratamento odontológico e efetivamente realizou todo o tratamento, valores inferiores a 90% indicam dificuldades para atingir a população alvo.
Indicador de Rendimento	Total de procedimentos odontológicos	Expressa a capacidade produtiva da hora do CD na assistência em

(Efetividade)	$\frac{\text{Total de horas do CD na assistência}}{\text{Total de TC}}$	termos de quantidade de unidade de trabalho que a compõem.
Indicador Consultas por TC (Efetividade)	$\frac{\text{Total de consultas odontológicas}}{\text{Total de TC}}$	Valores baixos (1 a 4) em populações de 6-14 anos ou de baixa prevalência à cárie, indicam bom desempenho.
Indicador Unidades de Trabalho por TC (Efetividade)	$\frac{\text{Total de procedimentos odontológicos}}{\text{Total de TC}}$	Valor influenciado pela prevalência de cárie na área e pelo grau de atenção a saúde bucal.
Relação Restauração / Extração (Efetividade)	$\frac{\text{Total de restaurações}}{\text{Total de extrações}}$	Expressa a orientação das ações para a reabilitação ou para a mutilação.
Indicador Ênfase em Prevenção (Modelo de Atenção)	$\frac{\text{Número de Procedimentos Individuais Preventivos x 100}}{\text{Procedimentos odontológicos individuais + Procedimentos especializado.}}$	Relativo à programação e enfoque de risco, indicam o grau de integralidade das ações. O esperado é que os valores sejam próximo de 1, isto representa que há um equilíbrio entre as práticas preventiva e curativa no modelo assistencial.
Indicador Acesso à Assistência (Efetividade)	$\frac{\text{Total de exames clínicos x 100}}{\text{População total da área}}$	Expressam o grau de acessibilidade às ações e serviços, a cobertura e a satisfação / insatisfação dos usuários, bem como os tipos de serviços oferecidos e a produção e utilização dos recursos existentes.
Indicador Utilização de Capacidade Instalada (Eficiência)	$\frac{\text{Total de atendimentos agendados x 100}}{\text{Total de atendimentos realizados}}$	Relacionado à utilização dos recursos humanos e materiais e aos custos das ações e serviços. Valores inferiores a 90% são resultados considerados insatisfatórios.

Indicador Custos do Atendimento (Eficiência)	Total das despesas com recursos humanos, materiais e equipamentos odontológicos, serviços de terceiros e instalações.	É um dos indicadores mais difíceis de encontrar nas instituições. Sua importância é óbvia e a interpretação exige análise minuciosa dos vários fatores envolvidos.
	<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> Total de pessoas atendidas	

Outros indicadores, relacionados com as morbidades bucais, em especial à cárie, são também bastante utilizados. Eles têm como intuito determinar o perfil epidemiológico de saúde bucal de uma determinada população. São geralmente calculados por faixas etárias e por períodos de tempo. O mais conhecido dentre todos é o Índice CPOD, que é obtido pela somatória de distintos diagnósticos (dentes cariados, perdidos e restaurados) (NADANOVSKY; SHEIHAM, 1995).

Os ISB fazem parte de um terreno específico da Saúde Coletiva, relativo à avaliação das ações e serviços de saúde. O uso de informações, ou indicadores, é de suma importância para a organização do processo de trabalho e para o planejamento estratégico de atuação das equipes. Os indicadores surgem sempre a partir de uma pergunta a respeito da situação de saúde do grupo de pessoas sobre o qual se pretende atuar, sendo geralmente expresso a partir de uma relação de valores, interpretados e com posterior estabelecimento de metas ou valores esperados (BRASIL, 2006c).

A melhor propriedade que um indicador deve possuir é a capacidade de medir aquilo a que se propôs, alguns autores como Pinto et al. (2008) e Pereira et al. (2009) atribuem propriedades ideais aos ISB: estes devem ter validade (capacidade de representar sinteticamente um evento, discriminando corretamente um evento do outro ou a associação deles), confiabilidade (reprodutibilidade ou fidedignidade, capacidade de obter resultados semelhantes quando a mensuração é repetida, tanto pelo mesmo examinador quanto por examinadores diferentes), representatividade (cobertura, um indicador é mais apropriado quanto maior for a sua cobertura populacional), ética (a coleta de dados não deve acarretar malefícios ou prejuízos às pessoas pesquisadas) e,

aspectos técnicos-administrativos (simplicidade, flexibilidade, facilidade de obtenção, custo operacional compatível e oportunidade).

A fonte de dados a serem utilizados para a construção dos indicadores pode ser oriunda de bases secundárias (disponíveis nos SI), ou podem ser utilizados dados primários, obtidos a partir de inquéritos populacionais ou estudos específicos.

No caso da saúde bucal, os SI disponibilizam pouca ou quase nenhuma informação epidemiológica confiável para a construção de bons indicadores, fato que se deve principalmente à desvalorização do registro de informações por parte dos trabalhadores e gestores da saúde, pois muitos procedimentos realizados são subnotificados e existem profissionais que se negam a registrar dados nos SI por falta de instrução ou por não darem importância a este procedimento, situações que evidenciam a falta de supervisão e comunicação no âmbito da saúde (CARNUT; FIGUEIREDO; GOES, 2010).

Em 2006 foram criados os Indicadores do Pacto da Atenção Básica, pertencentes ao Pacto pela Saúde, que surgiram como uma primeira iniciativa de implementação do uso de indicadores para o planejamento das ações em saúde. A ideia consistia em retirar todos os dados dos SI, os quais também passaram por um processo de amadurecimento (BRASIL, 2006c).

Os principais SI utilizados foram o SIAB, o SIA-SUS, o SIH (Sistema de Informações Hospitalares) e o SINASC (Sistema de Informações de Nascidos Vivos). Foram estabelecidos, pela Portaria 493-2006, 30 indicadores subdivididos nas categorias: Saúde da Criança (8 indicadores), Saúde da Mulher (6), Controle da Hipertensão (3), Controle de diabetes, tuberculose e hanseníase (6), Saúde Bucal (4) e Gerais (3) (BRASIL, 2006c).

Os indicadores estabelecidos para a saúde bucal se enquadravam em apenas um tipo (indicadores de modelo de atenção), sendo eles: Cobertura de primeira consulta odontológica programática, Cobertura de ação coletiva de escovação dental supervisionada, Média de procedimentos odontológicos básicos individuais e Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas

individuais. O primeiro indicador citado também pode ser considerado um indicador de acesso, na medida em que avalia as consultas em função da população coberta. Os três outros indicadores apontam para características do modelo de atenção, indicando se ações são mais voltadas para atividades coletivas, individuais ou especializadas, de forma geral, analisados em conjunto, podem remeter à integralidade da atenção (BRASIL, 2006c).

De acordo com Pereira et al. (2009) estes indicadores estabelecidos pelo Pacto da Atenção Básica apresentam diversas limitações e inconveniências, pois a coleta dos dados brutos é bastante confusa em todos os Estados brasileiros, já que muitas informações são subnotificadas nos SI, o que acaba gerando indicadores com valores falsos. Outro problema que pode ser apontado é que estes indicadores proporcionam uma leitura bastante superficial do modelo de atenção e têm pouca aplicação no nível local, servindo basicamente para estabelecer mecanismos de pactuação entre os diferentes níveis de gestão. A falta de conhecimento em relação à cobertura populacional das equipes da AB é outro obstáculo para a utilização dos indicadores, pois muitos gestores desconhecem o território onde atuam, bem como as tecnologias e a forma de utilização dos SI.

A utilização do ISB pressupõe um serviço de saúde organizado e estruturado, no qual haja supervisão por parte dos gestores e correta utilização dos SI. Os modelos de atenção estruturados a partir da livre demanda têm grande dificuldade de trabalhar com estes instrumentos, na medida em que não há um tempo na agenda dos profissionais dedicado ao registro dos procedimentos, bem como não há planejamento das ações a serem desenvolvidas, pois a equipe não conhece os usuários.

Pereira et al. (2009) afirmam que com a implantação da Ficha D-SB no SIAB será possível fortalecer a utilização dos ISB, particularmente aqueles direcionados para a produtividade e cobertura. O autor afirma ainda que o SIA-SUS apresenta uma série de deficiências que dificultam esta prática. Juntamente com a implantação da Ficha D-SB serão desenvolvidos documentos de apoio e manuais de uso, de modo a orientar os profissionais e criar novos espaços de discussão e construção de novos indicadores.

Em suma, existe uma infinidade de ISB que foram propostos ao longo do processo histórico da Odontologia no Brasil, fortalecidos pela implantação da maior política nacional voltada para a Saúde Bucal, o Brasil Sorridente. Apesar desta variedade de indicadores, eles ainda são pouco utilizados, apresentam algumas deficiências e são dependentes de SI que ainda não têm sua utilização completamente estabelecida (LUCENA; JÚNIOR; SOUZA, 2011).

Vale ressaltar a importância do crescimento conjunto dos SI e ISB, na medida em que o primeiro é a base do segundo, e, portanto, quando um não funciona, a confiabilidade do outro pode ser questionada. Não é possível pensar em um modelo de atenção que seja construído sem base em informações epidemiológicas (ou indicadores) para o planejamento e avaliação das ações. São necessárias mudanças não só nos SI ou indicadores, mas também na prática diária de produção destas informações por parte dos trabalhadores e no modelo de gestão que valorize estas práticas, ou seja, é preciso que todo o processo de trabalho em saúde seja repensado e discutido (PEREIRA et al., 2009).

Apesar das deficiências relacionadas aos ISB, os vários estudos já realizados demonstram que é possível utilizar estes instrumentos para avaliação da saúde bucal, pois seus resultados têm grande capacidade de análise quantitativa e utilizam-se de baixa tecnologia.

Dentre todos os ISB propostos nos últimos 30 anos, a classificação de Narvai (1996) foi a mais utilizada em pesquisas científicas, devido à facilidade no cálculo e na interpretação destes indicadores. Trata-se de uma metodologia de avaliação através de ISB já conceituada e que permite comparação.

4. Sistemas de Informação da Atenção Básica em Odontologia

A fim de tornar possível a utilização dos ISB e fazer com que a Odontologia no SUS seja uma prática planejada a partir do diagnóstico territorial e de avaliações periódicas, é de suma importância o armazenamento das informações em saúde através dos SI. Dos vários SI utilizados pelas equipes da AB, só é possível registrar dados referentes à saúde bucal no SIA-SUS e no SIAB.

O SIAB é um SI que tem como objetivo a caracterização da AB, através de um conjunto de indicadores epidemiológicos e gerenciais de diversas doenças e agravos. No entanto, em relação à saúde bucal, ele é deficitário e pouco específico, pois agrega as ações preventivas odontológicas na área de atividades coletivas de outros profissionais de nível superior. Apesar de poucos investimentos com o SIAB nos últimos anos, a implantação da Ficha D-SB (Complementar para Saúde Bucal) em 2007 foi uma tentativa de aperfeiçoar o registro de dados odontológicos baseados nos indicadores de saúde bucal (CARNUT; FIGUEIREDO; GOES, 2010).

Já o SIA-SUS foi criado a partir de uma lógica predominantemente contábil, com o objetivo de controle de gastos com a assistência. A unidade de registro deste sistema é a produção dos procedimentos ambulatoriais realizados de acordo com os atos profissionais (por exemplo, no caso do cirurgião-dentista, são registrados procedimentos como número de consultas, aplicação de flúor, restaurações realizadas, exodontias, dentre outros). A utilização deste sistema surgiu como uma proposta para análise quantitativa das ações em saúde, a fim de promover a descentralização do controle de procedimentos a nível federal, pois ele permite o acompanhamento da programação da produção ambulatorial odontológica a nível local, bem como a construção de indicadores quantitativos das ações desenvolvidas, orientando a avaliação da organização e planejamento da saúde bucal municipal (BRASIL, 2007).

Barros e Chaves (2003) realizaram um estudo que buscou analisar o processo de reorganização das ações de saúde bucal em municípios habilitados na gestão plena do sistema municipal, utilizando dados do SIA-SUS, com o objetivo de subsidiar uma proposta metodológica de avaliação da atenção odontológica em municípios brasileiros. Para tanto, foi avaliada a produção ambulatorial de 1995-2001 de dois municípios do Estado da Bahia (A e B). Os procedimentos odontológicos foram classificados em: consulta, procedimentos coletivos, preventivos individuais, restauradores, cirúrgicos e periodontais. De maneira geral, foi observado um aumento na produção ambulatorial odontológica ao longo dos anos para ambos os municípios (de 0,18 para 0,43 procedimento/habitante/ano em A; e de 0,21 para 0,33 procedimento/habitante/ano em B). Houve também um significativo aumento nos procedimentos coletivos, especialmente para a população entre 5 a 14 anos. Foi observada uma regularidade na

alimentação dos dados de procedimentos clínicos individuais, ao contrário do observado nos procedimentos coletivos, indicando a necessidade de padronização no registro destes.

Volpato e Scatena (2006) analisaram a política de saúde bucal do município de Cuiabá, MT/Brasil no período de 1995 a 2002, utilizando dados presentes no SIA. Os procedimentos odontológicos realizados foram agregados em 9 categorias: coletivos, individuais preventivos, dentística básica, cirúrgico básico, dentística especializada, periodontia, endodontia, cirúrgico especializado e odontorradiologia. Houve um aumento na produção de procedimentos ao longo dos anos, justificado pela maior incentivo financeiro dispensado para o município; a elevação foi maior para os procedimentos mais especializados, em comparação com os procedimentos básicos. Os autores enfatizam que o SIA-SUS mostrou-se uma importante ferramenta na avaliação da política de saúde bucal nos níveis municipal, estadual e nacional, especialmente quando associado a outras fontes documentais.

Loivos et al. (2009) analisou alguns ISB (cobertura de primeira consulta odontológica programática, cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada, média de procedimentos odontológicos básicos individuais e proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais) calculados a partir do SIA no município de Mesquita/RJ, com o objetivo de verificar possíveis avanços obtidos. O estudo traz como conclusão que os ISB obtidos a partir do SIA se mostraram eficientes para avaliação do objetivo proposto e que além da utilização dos SI, é necessário conhecer o perfil epidemiológico da população estudada.

Cavalcanti et al. (2010) comparou os indicadores de produção odontológica com a condição sócio sanitária na AB de João Pessoa-PB. Nesta pesquisa foram coletadas informações do SIAB e do SIA referentes aos procedimentos de primeira consulta odontológica programática, ação coletiva de escovação dental supervisionada, procedimentos odontológicos básicos individuais e exodontias. Estes dados foram comparados com os indicadores de condições sócio sanitárias (tratamento e abastecimento de água, destino do lixo, esgoto, tipo de casa e alfabetização aos 15 anos). Não foi encontrada associação positiva entre estes indicadores e os autores

apontam para a necessidade do correto registro das informações em saúde, a fim de viabilizar outros estudos comparativos.

Viana (2011) analisou o acesso à assistência odontológica no âmbito da ESF, em Pernambuco, de 2001 a 2009, a partir do indicador da média dos procedimentos odontológicos básicos individuais, calculado a partir de dados retirados do SIA. Os resultados demonstram que o acesso aos serviços odontológicos no Estado ficou aquém do desejado. O autor conclui que só será possível melhorar o planejamento e a avaliação das ações propostas quando a gestão pública intensificar investimentos nos SI.

Desta maneira, o SIA-SUS tem sido apontado como o SI mais adequado para realização de pesquisas científicas na área odontológica, pois agrega grande quantidade de dados e permite que, a partir deles, os ISB sejam calculados. A confiabilidade dos estudos que envolvem o SIA depende do correto registro dos procedimentos realizados nas unidades de saúde da AB, para tanto se faz necessário que estes instrumentos sejam valorizados e que a sua utilização seja supervisionada por parte da gestão.

OBJETIVOS

1. Objetivo Geral

- Analisar comparativamente indicadores de saúde bucal da Atenção Básica de São Carlos/SP a partir de dados obtidos do SIA-SUS.

2. Objetivos Específicos

- Comparar indicadores de saúde bucal obtidos nas USF e UBS do município.
- Identificar alterações nos indicadores de saúde bucal da Atenção Básica por meio de série histórica.

MATERIAIS E MÉTODO

1. Tipo de Estudo

Observacional descritivo de corte transversal.

2. Cenário do Estudo

O estudo foi realizado no município de São Carlos/SP, que é composto por 221.950 habitantes, apresenta taxa geométrica de crescimento anual da população - 2000/2010 de 1,41%, densidade demográfica de 195,15 habitantes/km e grau de urbanização de 96,01% sendo dados do IBGE (2010).

Com relação às características do serviço de saúde na rede pública, a AB possui equipes 17 USF e 12 UBS, dentre estas, apenas 2 unidades não possuem ESB e consultório odontológico (sendo 1 USF e 1 UBS). Existem também 2 unidades de consultórios odontológicos móveis denominados quádruplo (4 consultórios) e triplo (3 consultórios) que prestam atendimento nas escolas públicas do município (SÃO CARLOS, 2013).

Na Atenção Secundária, a cidade possui um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), inaugurado em 2007. O CEO conta com 6 consultórios odontológicos e com as seguintes especialidades: Periodontia, Endodontia, Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Prótese, Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais e Diagnóstico Bucal. A equipe é composta por 14 profissionais, sendo 7 cirurgiões-dentistas, 4 ACD, 1 auxiliar administrativo, 1 auxiliar de serviços gerais e 1 porteiro. (SÃO CARLOS, 2013).

No Centro de Especialidades Médicas (CEME) há uma ESB com consultório odontológico que atua conjuntamente com a equipe médica no atendimento de usuários com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (SÃO CARLOS, 2013).

A gestão municipal promove frequentemente cursos de capacitação voltados para os profissionais das ESB de ambos os níveis da atenção, por meio da Escola

Municipal de Governo, que pertence à prefeitura municipal e atua em parceria com as Secretarias Estaduais (SEADE, 2013).

Além disso, o município é credenciado no Programa Brasil Sorridente desde 2006, o que possibilitou a ampliação das ESB na ESF. Dados da Secretaria Municipal de Saúde apontam que em 2007 as unidades de saúde do município realizaram 320.883 consultas odontológicas, 44.109 escovações supervisionadas, 48.291 bochechos fluoretados, 12.339 aplicações tópicas de flúor e 17.708 restaurações (SÃO CARLOS, 2013).

3. Período e Local da coleta dos dados

Os dados do estudo foram coletados no Centro de Informações em Saúde (CIS) do município no período de agosto a novembro de 2012.

a. Critério de Inclusão

Unidades de saúde da AB do município de São Carlos/SP.

b. Critérios de Exclusão

Não possuir consultório odontológico e/ou ter sido inaugurada após o ano de 2010 (foram excluídas do estudo 2 USF e 1 UBS).

Foram inicialmente incorporadas ao estudo todas as unidades de saúde da AB do município de São Carlos/SP, sendo este universo composto por 17 USF e 12 UBS. Devido aos critérios de exclusão, foram eliminadas 2 USF e 1 UBS, restando 15 USF e 11 UBS.

4. Variáveis do Estudo

Foram coletados dados do BPA (SIA-SUS), que são relatórios gerados mensalmente para cada unidade de saúde do município, que contêm códigos correspondentes aos procedimentos assistenciais, bem como a quantidade de cada procedimento realizado no mês. Estes relatórios incluem a produção de todos os profissionais pertencentes às equipes, contexto no qual foram selecionados os procedimentos odontológicos a partir do código do cirurgião-dentista.

O preenchimento da produção mensal do BPA fica sob a responsabilidade dos profissionais atuantes nas unidades de saúde, que enviam este documento para um profissional do CIS, que compila estes dados e os lança no SIA. Foram coletados dados dos BPA de todos os meses referentes aos anos de 2008, 2009, 2010 e 2011. Foram excluídos do estudo os meses de julho referentes aos quatro anos pesquisados, exclusão justificada pela ausência de dados nos referidos meses, devido às férias do funcionário municipal responsável pelo lançamento dos dados no SIA e pela falta de outro funcionário que realize esta tarefa.

Os procedimentos odontológicos realizados na AB e cadastrados na base de dados foram divididos e classificados, neste estudo, em três categorias: Curativos, Preventivos e Outros. Foram excluídos os procedimentos realizados apenas nos serviços de atendimento especializado (CEO ou hospitalar). A Tabela 2 mostra a classificação destes procedimentos, de acordo com a categorização realizada pelos autores do presente estudo.

Tabela 2. Classificação dos procedimentos odontológicos da Atenção Básica – Fonte SIA/SUS. Adaptado do DATASUS 2012.

<i>Procedimentos</i>	<i>Classificação</i>
Abandono de tratamento de Odontologia	O
Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel	P
Ação coletiva de bochecho fluorado	P
Ação coletiva de escovação dental supervisionada	P
Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica	P
Acolhimento com avaliação de risco (profissional de nível superior)	O

Aplicação de carioestático (por dente)	P
Aplicação de selante (por dente)	P
Aplicação tópica de flúor	P
Atendimento de Urgência em Atenção Básica	O
Atividade educativa/orientação em grupo na Atenção Básica	P
Campanha	O
Capecamento pulpar (direto ou indireto)	C
Condicionamento prévio ao tratamento	O
Contenção de dentes por splintagem	C
Curativo de demora com ou sem preparo biomecânico	C
Desgaste e ajuste de prótese	C
Drenagem de abscesso	C
Drenagem de abscesso de boca e anexos	C
Evidenciação de placa bacteriana	P
Excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões/ferimentos de pele/anexos e mucosas	C
Exodontia de dente decíduo (com sutura quando indicado)	C
Exodontia de dente permanente (com sutura quando necessário)	C
Exodontia múltipla com alveoloplastia por sextante	C
Falta no tratamento	O
Incisão e drenagem de abscesso	C
Obturação de dente decíduo (pulpotomia)	C
Primeira Consulta Odontológica Programática	O
Pulpotomia dentária (polpa viva)	C
Raspagem, alisamento e polimento subgingivais por sextante	C
Raspagem, alisamento e polimento supragingivais por sextante	C
Remoção de foco residual	C
Restauração de dente decíduo	C
Restauração de dente permanente anterior	C
Restauração de dente permanente posterior	C
Retriagem de campanha	O
Selamento provisório	P
Tratamento cirúrgico de hemorragia buco-dental	C
Tratamento Completado em Odontologia	O
Tratamento de alveolite	C
Ulotomia/ulectomia	C

*C para curativos, P para preventivos e O para Outros.

5. Processamento dos Dados

Após a coleta e a classificação dos procedimentos odontológicos descritos acima (ANEXO A), os dados foram organizados em tabelas no programa Excel das seguintes formas: mês a mês e ano a ano para cada modelo assistencial (USF e UBS).

Foram então, calculados os seguintes ISB propostos por Narvai (1996): Indicador de Rendimento (IR), Indicador de Atrição (IA), Indicador Relação Restauração/Extração (IRRE) e Indicador Ênfase em Prevenção Modificado (IEPM). Sendo 3 ISB de efetividade e 1 de modelo de atenção. Também foi calculada a Relação 1ª Consulta/Urgência (RPCU), que não é considerada um ISB, mas devido à sua importância e às análises que permite, foi incluída no estudo.

A Tabela 3 sintetiza os cinco itens de avaliação utilizados na pesquisa [ISB propostos por Narvai (1996) e RPCU], bem como o modo como são calculados e interpretados.

Tabela 3. Instrumentos de avaliação utilizados no estudo, adaptado a partir de Narvai (1996).

<i>Indicador de Saúde Bucal</i>	<i>Cálculo</i>	<i>Interpretação</i>
Indicador de Rendimento (Efetividade)	$\frac{\text{Total de procedimentos odontológicos}}{\text{Total de horas do Cirurgião-dentista na assistência}}$	Expressa a capacidade produtiva da hora do CD na assistência em termos de quantidade de unidade de trabalho que a compõem. Para USF o total de horas considerado foi 160 h (8 h diárias, 40 h semanais), já para UBS foi de 240 h (12 h diárias, 60 h semanais).
Indicador de Atrição (Efetividade)	$\frac{\text{Total de TC} \times 100}{\text{Total de 1ª Consulta Odontológica Programática}}$	Valor dado em porcentagem que representa o quanto da população teve acesso a tratamento odontológico e efetivamente realizou todo o tratamento. Valores inferiores a 90% indicam dificuldades para atingir a população alvo.

<p>Indicador Relação Restauração/ Extração</p> <p>(Efetividade e Modelo de Atenção)</p>	$\frac{\text{Total de restaurações}}{\text{Total de extrações}}$	<p>Expressa a orientação das ações para a reabilitação ou para a mutilação. Valores menores que 1 indicam para uma prática extremamente mutiladora.</p>
<p>Indicador Ênfase em Prevenção Modificado</p> <p>(Modelo de Atenção)</p>	$\frac{\text{Total de procedimentos preventivos}}{\text{Total de procedimentos curativos}}$	<p>Avalia a proporção de procedimentos preventivos em comparação com os curativos, a fim de monitorar o modelo de atenção. O esperado é que os valores sejam próximos de 1, isto representa que há um equilíbrio entre as práticas preventiva e curativa no modelo assistencial.</p>
<p>Relação 1^a Consulta/Urgência</p> <p>(Modelo de Atenção)</p>	$\frac{\text{Total de 1ª Consulta odontológica programática}}{\text{Total de atendimentos de Urgência}}$	<p>Avalia o acesso ao tratamento odontológico em comparação com os atendimentos odontológicos de urgência (usuários que não tiveram acesso ao tratamento odontológico).</p>

O IEPM utilizado foi modificado, pois na sua forma de cálculo original segundo Narvai (1996), utiliza dados referentes a procedimentos odontológicos especializados (Número de Procedimentos Individuais Preventivos x 100/Procedimentos odontológicos individuais + Procedimentos especializados). Considerando que o objetivo do trabalho foi avaliar os ISB da AB, na qual não são realizados procedimentos especializados, e considerando a grande importância deste indicador de modelo de atenção, como orientador das práticas assistenciais, se justifica a escolha da utilização deste indicador, bem como a modificação realizada com o intuito de possibilitar a utilização dos dados coletados para o cálculo do mesmo, que passou a ser feito da seguinte forma: Número total de procedimentos preventivos/Número total de procedimentos curativos (Tabela 3).

Os indicadores de eficiência estão relacionados com os recursos humano-materiais e com o custo das ações e serviços e, têm como objetivo avaliar o custo-benefício das ações em saúde.

Neste sentido, o IR foi selecionado para avaliar a produção dos cirurgiões-dentistas na assistência em termos de trabalho e procedimentos odontológicos realizados. O IA foi utilizado, pois aponta para dois pontos importantes: acesso ao tratamento odontológico e finalização do mesmo, sendo que valores abaixo de 90% indicam dificuldade do serviço de saúde em atingir a população alvo.

E finalmente o IRRE indica se as ações em saúde bucal estão voltadas para a reabilitação ou para a mutilação. Na classificação de Narvai (1996), este último indicador foi classificado com sendo de efetividade, todavia podemos considerá-lo também como um indicador de modelo de atenção, exatamente pelo que se propõe.

Os ISB utilizados nesta pesquisa não envolvem população no cálculo, a justificativa desta escolha se deve ao fato de as coberturas populacionais das USF e UBS serem diferentes e não conhecidas de forma exata em todo o período de análise deste estudo, o que poderia gerar falsos resultados. Não existem trabalhos científicos no Brasil comparando ISB entre os modelos assistenciais da AB, e muitas vezes, o conhecimento acerca da cobertura populacional das unidades de saúde, especialmente das UBS, é limitado ou inexistente por parte dos gestores.

O objetivo da utilização da RPCU foi comparar o acesso dos usuários ao tratamento odontológico e aos serviços de urgência. Pode-se considerar que quando o usuário não tem acesso ao tratamento odontológico, ele recorre aos atendimentos de urgência, que têm caráter curativo e de reparo de danos apenas.

A utilização deste dado complementar se justifica pela necessidade de avaliação do acesso aos serviços odontológicos, que só foi abordada pelo IA, sem comparação com os atendimentos de urgência, tão frequentes no dia-a-dia das unidades da AB. Os indicadores de modelo de atenção estão relacionados com a integralidade do cuidado e conceito de risco, sendo assim a RPCU pode ser considerada dentro desta classificação.

Após o cálculo dos ISB (ANEXOS B, C, D, E e F), estes novos dados foram novamente organizados em tabelas no Excel, de acordo com o modelo assistencial nas formas mês a mês e ano a ano.

Os meses de julho referentes aos quatro anos pesquisados foram excluídos do estudo, devido à falta de registro de dados. Tal exclusão foi realizada a fim de evitar “outliers”, que alterariam consideravelmente os valores das médias aritméticas dos ISB obtidos.

6. Análise Estatística

Na análise mês a mês, a variável independente considerada foi o tipo de modelo assistencial (variável categórica – USF ou UBS) e as variáveis dependentes foram os ISB estudados (variáveis contínuas). Para esta análise, o n foi de 44 (11 valores de ISB/por ano x 4 anos). Inicialmente foi empregado Teste de Normalidade Shapiro-Wilk, adotando-se como nível de significância 5%.

Todas as variáveis dependentes apresentaram distribuição não normal ($p < 0.05$). Foi então utilizada estatística não paramétrica através do Teste de Mann-Whitney (Wilcoxon Rank-Sum Test), considerando $p < 0.05$ com significância estatística.

Para análise ano a ano, a variável independente considerada foi o tempo e as variáveis dependentes foram as médias anuais dos ISB e RPCU. Utilizou-se análise estatística descritiva e interpretação dos gráficos de tendência temporal, com o objetivo de avaliar se houve aumento ou redução dos valores médios anuais em função da progressão do tempo, utilizando-se os seguintes dados: média aritmética, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo. As análises estatísticas foram realizadas através do software Bioestat 5.0.

7. Aspectos Éticos

Este trabalho foi desenvolvido segundo os princípios do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e aprovado sob o protocolo

nº 01166712.0.0000.5504 (ANEXO G). Durante a realização da pesquisa, houve dispensa do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), pois a coleta dos dados foi realizada a partir de uma base de dados secundária (SI de domínio público), que não disponibiliza qualquer informação relativa à identificação dos usuários. Em relação às unidades de saúde incluídas no estudo, a única informação disponibilizada foi o tipo de modelo assistencial (USF ou UBS), não houve qualquer menção à identificação da unidade, bem como aos profissionais integrantes das ESB.

RESULTADOS

A Tabela 4 expõe dados extraídos a partir da análise estatística descritiva através da média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo para cada ISB e RPCU (análise ano a ano). Na última coluna estão indicados os p-valores obtidos a partir do Teste de Mann-Whitney, que comparou significância estatística entre os modelos assistenciais (análise mês a mês).

Tabela 4. Média (Desvio-padrão; Mediana; Mínimo; Máximo) dos Indicadores de Saúde Bucal calculados para os modelos assistenciais da Atenção Básica de São Carlos/SP, 2008-2011.

<i>Indicadores</i>	<i>Tipo de Unidade</i>		<i>p-valor*</i>
	<i>USF</i>	<i>UBS</i>	
Indicador de Rendimento	18,2(12,2; 16; 0;75)	20(10,9; 20; 0; 58)	0,20
Indicador Ênfase em Prevenção Modificado	0,12(0,33; 0; 0; 1)	0,06(0,24; 0; 0; 1)	0,59
Indicador de Atrição	0,13(0,20; 0,15; 0; 0,68)	0,07(0,17; 0; 0; 0,77)	0,17
Indicador Relação Restauração/Extração	4,7(2,1; 4; 2; 14)	5,2(1,4; 5; 0; 8)	0,016**
Relação 1ª Consulta/Urgência	0,3(0,5; 0; 0; 2)	0,7(0,6; 1; 0; 2)	0,002**

* Teste de Mann-Whitney (Wilcoxon Rank-Sum Test)

** Significância estatística

Foi encontrada significância estatística ($p < 0.05$) na comparação USF/UBS apenas para o IRRE e RPCU, sendo que os melhores resultados foram observados no modelo assistencial UBS.

Para o IEPM o valor médio anual encontrado nas USF (0,12) foi o dobro do encontrado nas UBS (0,06). Relação semelhante foi observada para o IA, para as USF 0,13 e para as UBS 0,07, embora ambos os ISB sem significância estatística.

O valor de p encontrado para o IR foi de 0,20, portanto não houve diferença estatisticamente significativa entre USF e UBS. Este resultado pode ser observado no Gráfico 1, através do qual é possível verificar que as linhas de tendência das USF e UBS ficaram bastante próximas durante todo o período estudado. Houveram alguns valores de pico em determinados meses (set/09 e jan/11), mas de maneira geral houve equilíbrio entre os modelos assistenciais. É possível observar que nos primeiros dois anos (2008 e 2009), os valores deste indicador foram mais elevados nas UBS, contudo sem significância estatística.

1. Indicador de Rendimento

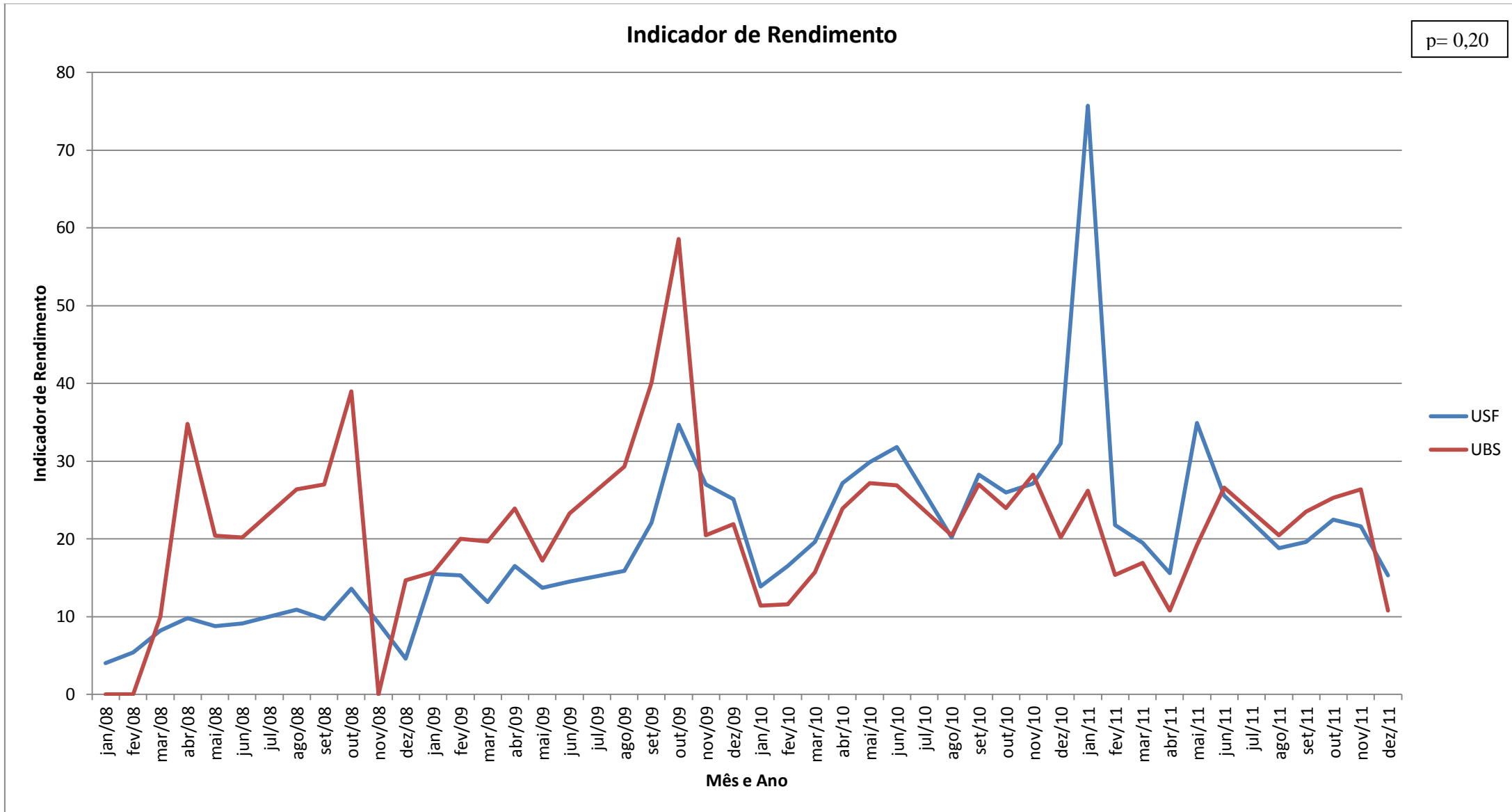


Gráfico 1: Série histórica do Indicador de Rendimento, para os modelos assistenciais da Atenção Básica de São Carlos/SP, 2008 a 2011.

O valor médio encontrado para este indicador foi de 18,2 para USF e 20 para UBS (Tabela 4), demonstrando que a capacidade produtiva dos profissionais cirurgiões-dentistas da AB de São Carlos foi 19 procedimentos por hora trabalhada (em média).

Por meio do Gráfico 2 é possível verificar que com a progressão do tempo, houve um aumento dos valores médios anuais do IR para as USF, que passou de 8,7 em 2008 para 26,5 em 2011, havendo um aumento de 204%. Já na UBS não houve alteração significativa, pois em 2008 o valor médio era de 18,3 e em 2011 de 19,9.

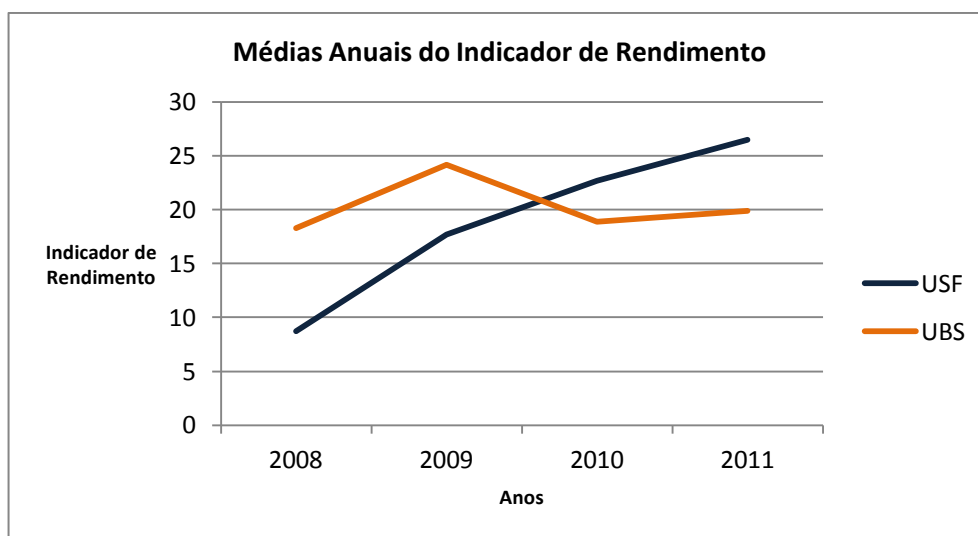


Gráfico 2: Médias Anuais do Indicador de Rendimento dos modelos assistenciais da Atenção Básica de São Carlos/SP, 2008 a 2011.

Para o IEPM, o valor de p encontrado foi de 0,59, portanto também não houve diferença estatisticamente significativa entre os valores encontrados nas USF, quando comparados às UBS.

Por meio do Gráfico 3 é possível observar que houve uma distribuição bastante desigual dos valores encontrados para este indicador no período estudado. Em ambos os modelos assistenciais nota-se que houve determinados meses dos anos nos quais os valores podem ser considerados satisfatórios (para as UBS: mar/08, set/08 e set/09; para as USF: mai/08, nov/08, set/09, mai/10, nov/10 e mai/2011), sendo que nos demais meses, em média, o valor encontrado foi de 0,08.

2. Indicador Ênfase em Prevenção Modificado

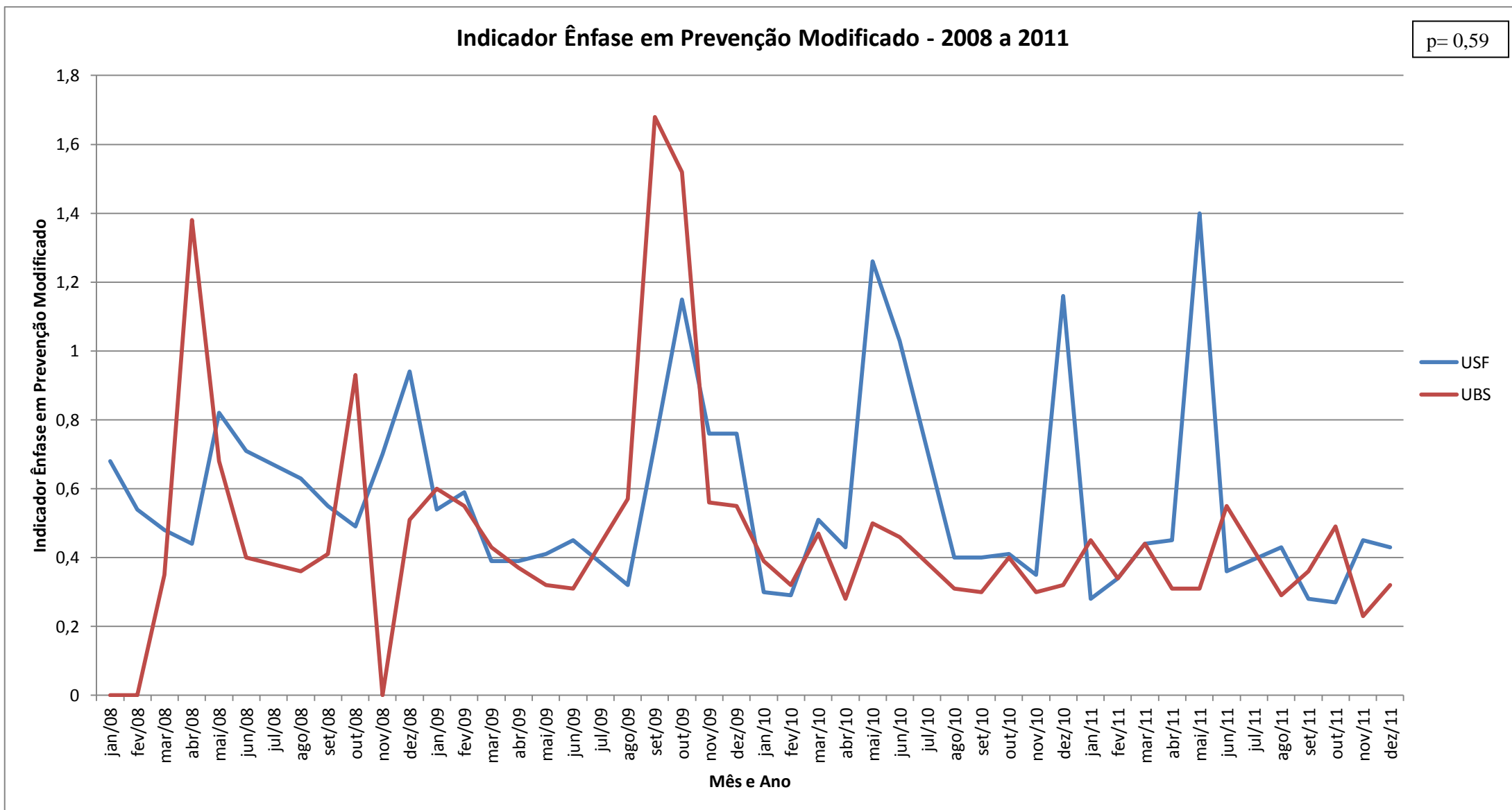


Gráfico 3: Série histórica do Indicador Ênfase em Prevenção Modificado, para os modelos assistenciais da Atenção Básica de São Carlos/SP, 2008 a 2011.

O valor médio anual do IEPM encontrado para as USF foi de 0,12 e para as UBS foi de 0,06, ambos ainda bastante insatisfatórios. É importante considerar que este indicador foi significativamente maior nas USF quando comparado com as UBS (dobro), em praticamente todo o período estudado (Gráfico 4) , com exceção do ano 2009.

Em ambos os modelos, de maneira geral, houve redução nos valores médios anuais destes indicadores, nas USF reduziu de 0,68 em 2008 para 0,46 em 2011 e nas UBS de 0,45 em 2008 para 0,37 em 2011, conforme indicado no Gráfico 4.

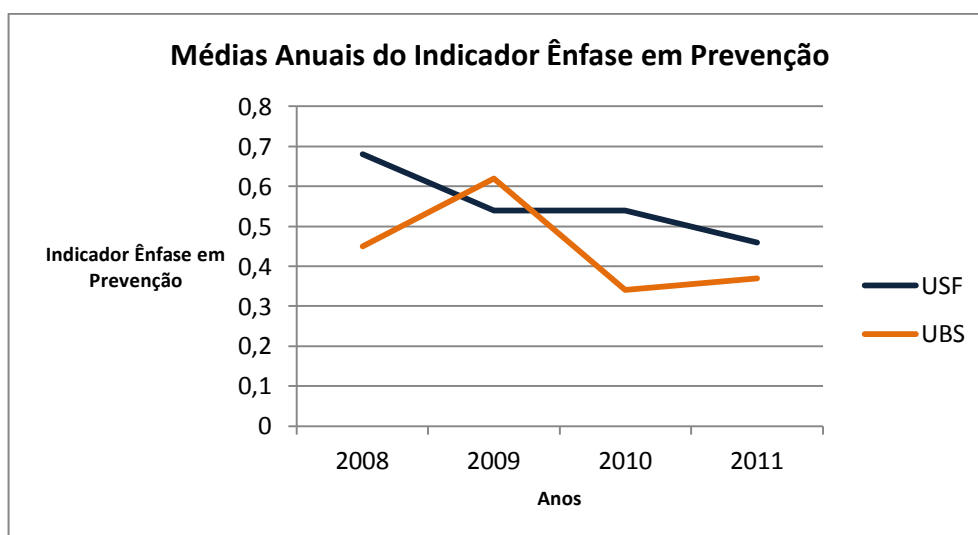


Gráfico 4: Médias Anuais do Indicador Ênfase em Prevenção Modificado dos modelos assistenciais da Atenção Básica de São Carlos/SP, 2008 a 2011.

O valor de p encontrado para o IA foi de 0,171, portanto também não houve diferença estatisticamente significativa entre USF e UBS (Tabela 4).

É importante ressaltar que no biênio 2008/2009 foram obtidos melhores resultados nos dois modelos assistenciais e que a partir de 2010 houve redução bastante acentuada deste indicador, sendo que valores 0 foram observados com muita frequência (52% para as UBS e 38% para as USF), conforme ilustrado no Gráfico 5.

3. Indicador de Atrição

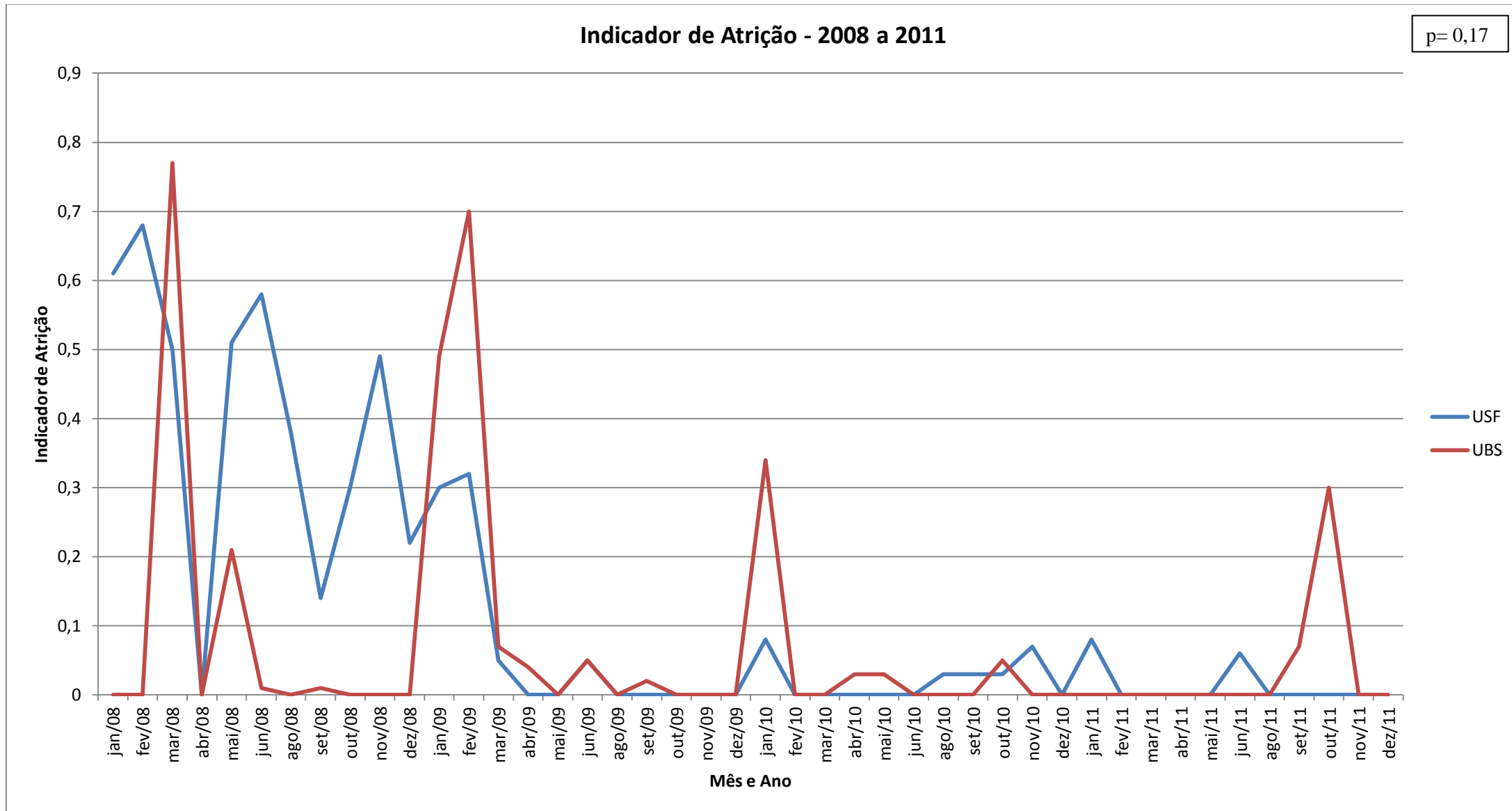


Gráfico 5: Série histórica do Indicador de Atrição, para os modelos assistenciais da Atenção Básica de São Carlos/SP, 2008 a 2011.

Por meio do Gráfico 6 é possível verificar que as médias anuais do IA são bastante insatisfatórias. As USF em 2008 apresentavam média de 0,39; 0,06 em 2009; 0,02 em 2010 e 0,01 em 2011. Nas UBS, a média em 2008 foi de 0,09, em 2009 foi 0,11, em 2010 foi 0,04 e em 2011 de 0,03, ou seja, em ambos os modelos houve redução deste indicador ao longo dos anos, sendo mais acentuada nas USF.

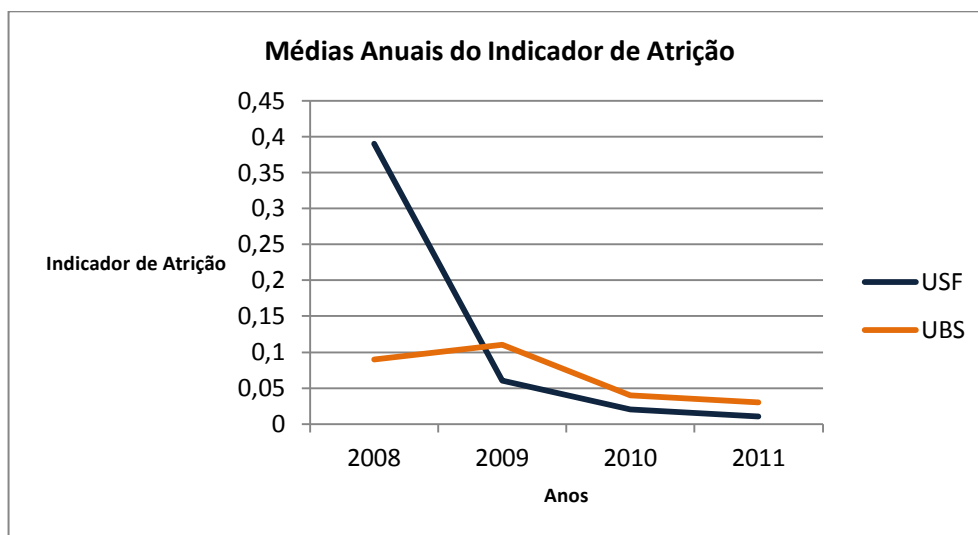


Gráfico 6: Médias Anuais do Indicador de Atrição dos modelos assistenciais da Atenção Básica de São Carlos/SP, 2008 a 2011.

O valor de p encontrado para o IRRE foi 0,016, portanto houve diferença estatisticamente significativa entre os modelos assistenciais da AB. Apesar da distribuição variada dos dados, de maneira geral, ambos os modelos assistenciais obtiveram bons resultados para este indicador, sendo que as UBS se sobressaíram com valores superiores, como pode ser observado no Gráfico 7.

4. Indicador Relação Restauração/Extração

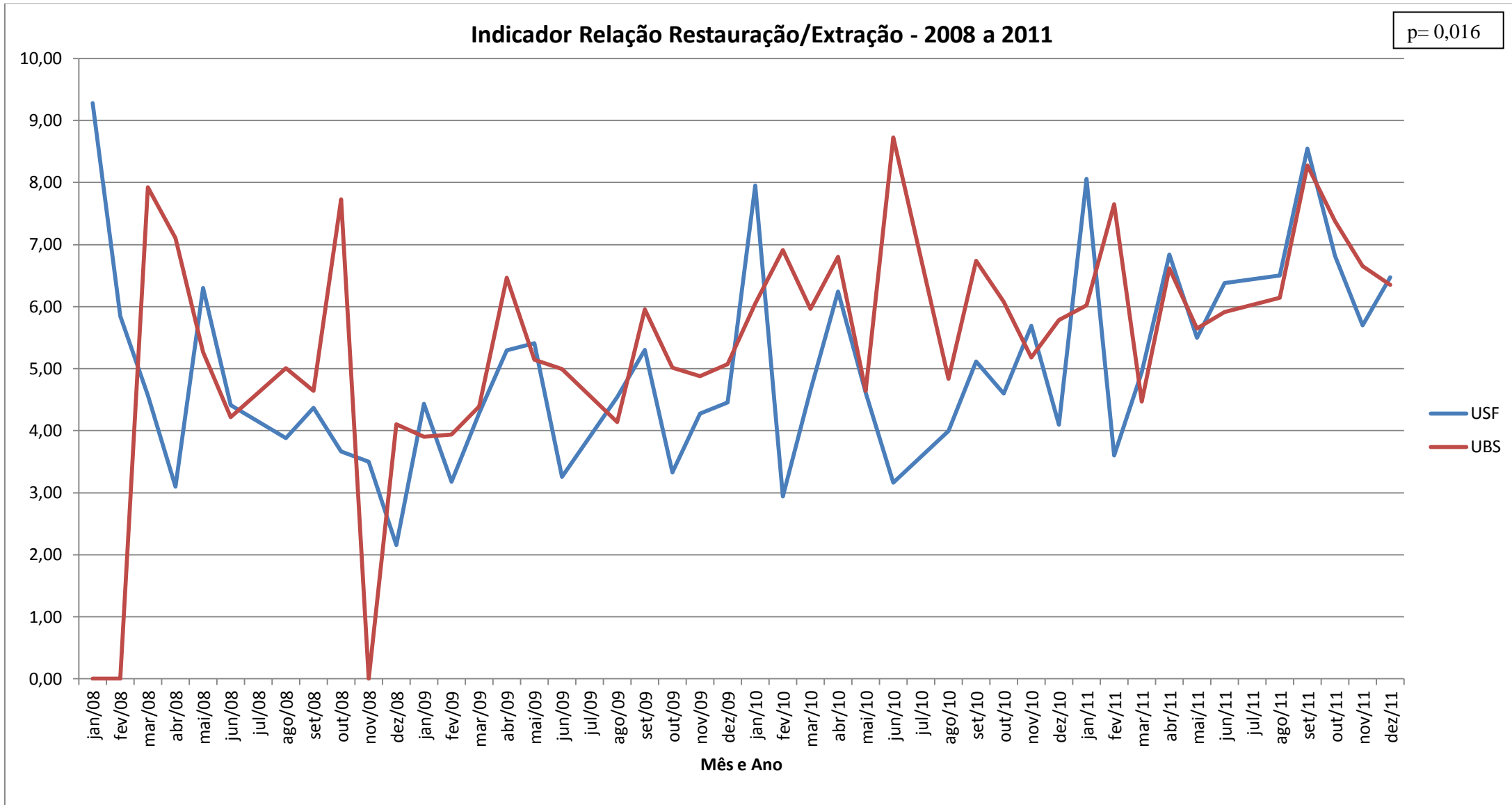


Gráfico 7: Série histórica do Indicador Relação Restauração/Extração, para os modelos assistenciais da Atenção Básica de São Carlos/SP, 2008 a 2011.

Em 2008 no município de São Carlos/SP, o valor médio do IRRE era de 4,53 para as USF e de 4,31 para as UBS, já em 2011 o valor médio deste indicador para as USF subiu para 7,03 (aumento de 63%) e para as UBS o valor encontrado foi de 6,48 (aumento de 50%).

Por meio do Gráfico 8 é possível observar um aumento deste indicador em função da série histórica. Mesmo os valores sendo maiores nas UBS, com significância estatística quando comparados às USF, nestas a proporção do aumento em função do tempo foi superior, sendo que em 2011 o valor do indicador foi superior nas USF quando comparadas às UBS.

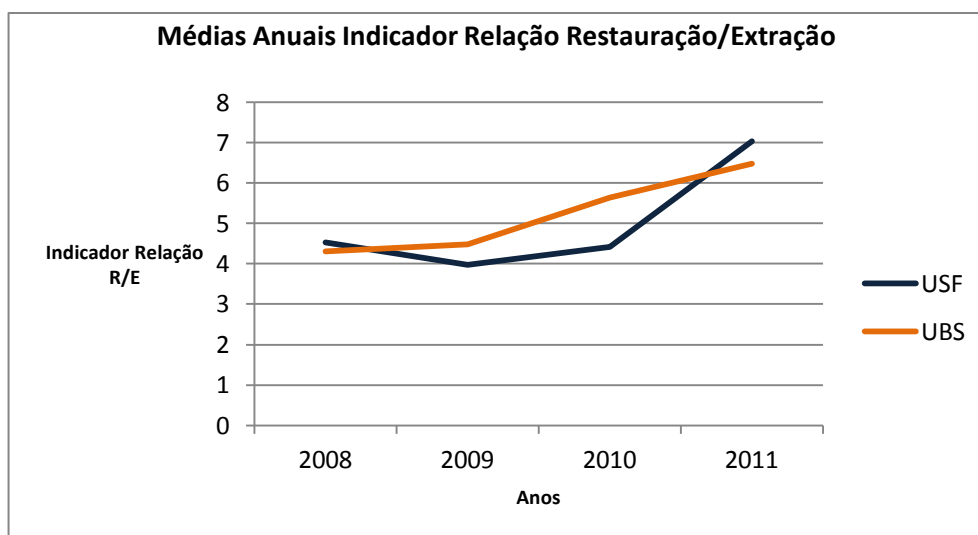


Gráfico 8: Médias Anuais do Indicador Relação Restauração/Extração dos modelos assistenciais da Atenção Básica de São Carlos/SP, 2008 a 2011.

Para a RPCU, o p encontrado foi de 0,002, portanto houve forte significância estatística na comparação USF e UBS, havendo superioridade para as UBS. Os resultados encontrados podem sugerir que as UBS garantem maior acesso a tratamento odontológico do que aos serviços odontológicos de urgência e emergência, quando comparadas às USF.

O Gráfico 9 evidencia que, de maneira geral, para ambos os modelos assistenciais os valores encontrados da RPCU foram baixos e insatisfatórios, sendo que a média encontrada para a AB foi 0,5, o que significa dizer que para cada 1ª consulta odontológica realizada, são realizados 2 atendimentos de urgência/emergência (dobro).

5. Relação 1ª consulta/Urgência

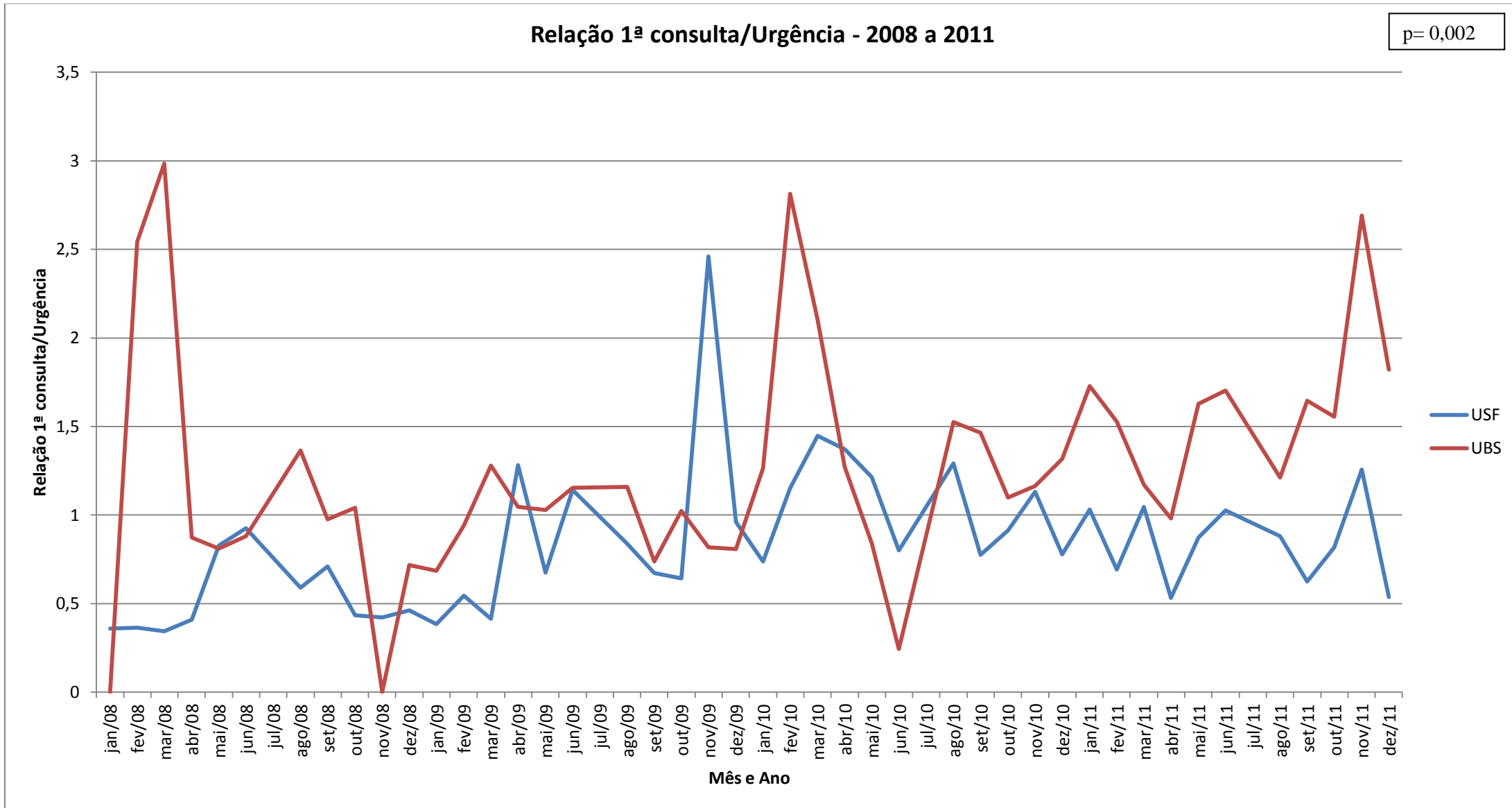


Gráfico 9: Série histórica da Relação 1ª consulta/Urgência, para os modelos assistenciais da Atenção Básica de São Carlos/SP, 2008 a 2011.

Por meio do Gráfico 10 é possível observar que nos quatro anos pesquisados, as médias anuais desta relação foram superiores para as UBS quando comparada às USF. As USF obtiveram as seguintes médias: em 2008 - 0,52; em 2009 - 0,83; em 2010 - 0,97; e em 2011 - 0,86; ou seja, em nenhum momento do estudo foi atingida a relação 1. Isto sugere que na ESF há predomínio de atendimentos odontológicos de urgência. Houve aumento desta relação para as UBS, que em 2008 apresentava média em torno de 1 e em 2011 a média observada foi 1,5 (aumento de 50%).

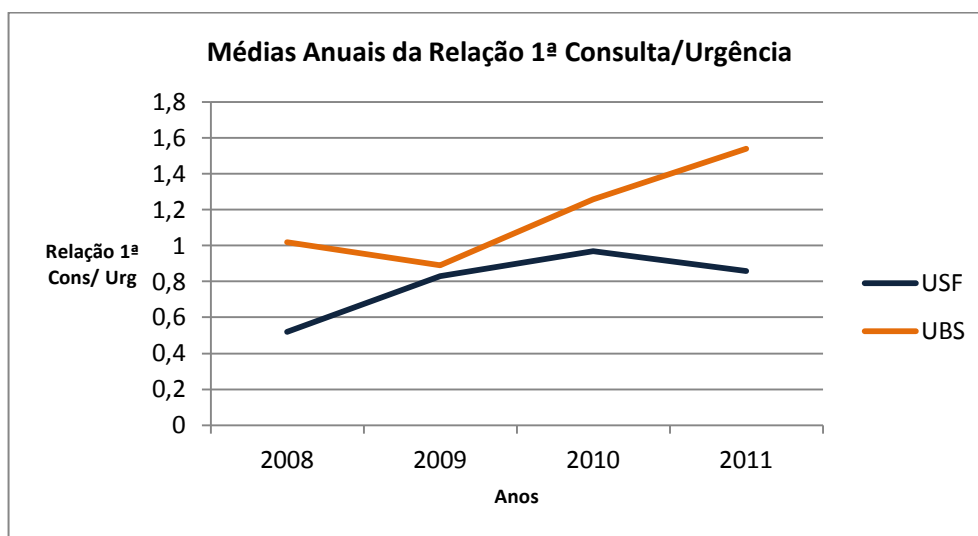


Gráfico 10: Médias Anuais da Relação 1ª consulta/Urgência dos modelos assistenciais da Atenção Básica de São Carlos/SP, 2008 a 2011.

DISCUSSÃO

Os ISB são de suma importância para a gestão dos serviços de saúde, pois possibilitam uma visão ampla do que foi produzido em termos de procedimentos e atendimentos odontológicos. Neste sentido, os SI assumem grande importância, na medida em que representam a fonte de informações para a obtenção dos indicadores.

Martino (2008) avaliou em sua dissertação de mestrado, os SI e ISB dos municípios da região de Osasco/SP, com o intuito de aperfeiçoá-los e propor mudanças em sua utilização. Foram aplicados questionários semiestruturados e elaboradas oficinas de trabalho, nas quais foram criados espaços de discussão sobre o tema e produzido um compilado dos dados, a partir daí foi elaborada uma relação de indicadores com propostas de mudanças em seus SI. O autor observou que os municípios pesquisados ainda enfrentam grandes dificuldades na efetiva utilização dos indicadores voltados para o controle, avaliação e planejamento das ações em saúde bucal.

O SIA compreende atualmente o SI mais utilizado no âmbito do SUS. Ele possui informações que extrapolam a esfera financeira, constituindo-se uma importante ferramenta para a gestão dos serviços de saúde (TERRERI, 1999). Sendo assim, trata-se do SI mais indicado para a obtenção dos ISB, pois o SIAB ainda passa por um processo de fortalecimento e só é utilizado na ESF, não podendo ser aplicado para as UBS.

A reiteração de novos trabalhos científicos que utilizam metodologias quantitativas a partir de SI vem demonstrar a grande importância destes instrumentos nos processos de planejamento e avaliação das ações, principalmente em âmbito de saúde coletiva. Torna-se cada vez mais necessária a valorização do registro dos serviços prestados pelos profissionais da saúde, a fim de garantir informações suficientes para a realização de pesquisas científicas, bem como para a sua utilização por parte dos gestores.

Batista (2005) analisou os ISB do município de Campos do Goytacazes/RJ, calculados a partir do SIA-SUS. No estudo foram identificados inúmeros problemas na produção da informação em saúde, sendo que tais problemas influenciaram diretamente nos resultados obtidos na pesquisa. O autor aponta para a necessidade de padronização e

normatização dos procedimentos na coleta dos dados, a fim de garantir horários específicos na agenda dos profissionais destinados ao preenchimento dos SI. Desta maneira, não haverá perda ou subnotificação dos procedimentos odontológicos realizados.

Em concordância com o que foi apontado pelos autores acima citados, este estudo demonstra a utilização de um SI como fonte de dados para obtenção de ISB, com finalidade de avaliação. Estes instrumentos se mostraram de grande valia e permitiram diversas análises da saúde bucal no período estudado.

De acordo com os resultados obtidos, não houve significância estatística para o IR na comparação entre os modelos assistenciais ($p=0,20$). Através do Gráfico 1 é possível observar que as linhas de tendência (USF/UBS) se mantiveram em equilíbrio em praticamente todo o período estudado.

Nos dois primeiros anos (2008/2009), os valores deste indicador foram consideravelmente maiores nas UBS, todavia é necessário considerar que a maioria das USF do município de São Carlos foi criada a partir de 2005, portanto ainda eram bastante recentes neste biênio. Além do fato de algumas UBS terem sido transformadas em USF de forma repentina e permaneceram com a mesma estruturação do processo de trabalho.

De 2008 a 2011 houve um aumento de 204% no valor médio do IR nas USF, tal resultado sugere que neste período houve uma tendência de fortalecimento da saúde bucal na ESF no município de São Carlos/SP, com base no aumento da produção de procedimentos odontológicos pelas horas trabalhadas dos cirurgiões-dentistas.

O valor médio do IR (considerando USF e UBS) foi de 19 procedimentos odontológicos por hora trabalhada, este foi um resultado bastante satisfatório para o município, pois indica que as ESF da AB de São Carlos/SP têm uma elevada produção.

É importante salientar que no cálculo deste indicador (IR) não foi considerado o tipo de atendimento odontológico, ou seja, se o procedimento foi realizado durante uma consulta para tratamento ou uma consulta de urgência. Tal fato é relevante, pois as

consultas para tratamento tendem a demandar um tempo maior do cirurgião-dentista e as consultas para urgência costumam ser mais rápidas, contudo isto não é regra. É discutível que as consultas de urgência gerariam uma produção em termos de procedimentos odontológicos maior, mas em ambos os modelos assistenciais da AB elas são realizadas e não é possível através do SIA-SUS correlacionar o tipo de atendimento com os procedimentos realizados.

Celeste et al. (2011) realizaram um estudo no qual descreveram o padrão temporal de procedimentos odontológicos realizados no SUS ao longo dos anos 1994 a 2007 para as cinco macrorregiões brasileiras. Os dados foram retirados do SAI-SUS e do IBGE de acordo com cada série temporal. Os autores encontraram um aumento na taxa total de procedimentos por mil habitantes de 55% (30,5 procedimentos) ao longo dos 13 anos. Foi observado também um aumento na taxa total de procedimentos com o incentivo à inclusão das ESB na ESF.

Dois estudos avaliaram as séries temporais anuais de procedimentos odontológicos realizados no SUS em três municípios brasileiros e encontraram grande variação nas taxas em função dos anos. Estes estudos não trazem conclusões sobre a existência de tendências temporais na saúde bucal pública brasileira (BARROS; CHAVES, 2003; VOLPATO; SCATENA, 2006).

Em 2008, a média do IR para as USF foi de 8,6 e em 2011 foi de 26,5, já para as UBS em 2008 foi de 18,3 e em 2011 foi de 19,9. Através destes resultados encontrados é possível verificar que houve uma tendência de aumento deste indicador em função do tempo, especialmente para a ESF. Tais achados vão de encontro com os resultados obtidos no estudo de Celeste et al. (2011), que encontraram um aumento expressivo na taxa total de procedimentos odontológicos notificados após o ano 2000, com a inclusão da saúde bucal na ESF.

Nas regiões norte e nordeste do Brasil foram desenvolvidos estudos que abordam os impactos das ESB no acesso aos serviços odontológicos. Tais estudos também apontam para um fortalecimento destas ações após a incorporação da saúde bucal na ESF (EMMI; BARROSO, 2008; PEREIRA et al., 2009; ROCHA; GOES, 2008).

Apesar de não haver significância estatística na análise mês a mês para o IR na comparação entre os modelos assistenciais, na análise ano a ano (Gráfico 2) foi observada grande tendência de aumento deste indicador na ESF. Já nas UBS a média do IR sofreu pouca alteração. Isto pode indicar que as ESB da ESF estão se tornando cada vez mais organizadas ao longo dos anos, superando a produção de procedimentos/atendimentos odontológicos em relação às UBS.

Nadanovsky e Sheiham (1995) realizaram um estudo onde concluíram que a influência dos serviços de saúde odontológicos na saúde bucal da população ainda pode ser considerada limitada. Entretanto, trabalhos como este, que foi desenvolvido no município de São Carlos/SP são necessários, pois ajudam a evidenciar resultados de ações produzidas no sistema público de saúde, bem como a importância relativa de cada procedimento odontológico.

Assim como no IR, não houve diferença estatisticamente significativa para o IEPM ($p=0,59$). Um fato bastante relevante que pode ser observado através do Gráfico 3 é o fenômeno de sazonalidade das ações preventivas, pois em ambos os modelos foi verificado que apenas em determinados meses do ano este indicador alcançou valores considerados satisfatórios, isto pode sugerir que as ESB da AB desempenham ações de prevenção em períodos específicos do ano (por exemplo, em escolas e/ou exames epidemiológicos), não havendo, portanto, um equilíbrio entre as ações preventivas e curativas nos demais períodos do ano.

Este padrão sazonal de distribuição das ações preventivas também foi observado para quatro das cinco regiões brasileiras no estudo de Celeste et al. (2011). Segundo os autores, estes padrões cíclicos estão relacionados com vários aspectos, dentre eles, a organização dos serviços de saúde (por exemplo, férias anuais dos cirurgiões-dentistas) e a demanda (por exemplo, períodos escolares).

Outros resultados trazidos no trabalho de Celeste et al. (2011) estão relacionados com a frequência de procedimentos odontológicos. Os procedimentos coletivos representaram 31,1% do total, enquanto que os procedimentos preventivos alcançaram 16,4% e os procedimentos curativos (restaurações e exodontias) representaram 23,6%.

As médias do IEPM foram respectivamente, 0,12 para as USF e 0,06 para as UBS. Apesar de ainda estes resultados serem insatisfatórios para o município, por meio deles é possível observar que a ESF realiza mais procedimentos preventivos quando comparada às UBS (o dobro). Durante os anos estudados, as USF tiveram médias superiores deste indicador, com exceção de 2009, apontado também para um fortalecimento da ESF no município de São Carlos/SP, bem como para a superioridade deste modelo.

A atuação do cirurgião-dentista na ESF ainda encontra-se em processo de construção. Muitos profissionais têm perfil voltado para a prática clínica, deixando de desenvolver outros tipos de atividade, como por exemplo, visitas domiciliares e reuniões de planejamento. Araújo e Dimenstein (2006) analisaram o perfil de atuação dos dentistas inseridos na ESF de municípios do Rio Grande do Norte e concluíram que muitos destes profissionais não têm formação específica na área e desenvolvem mais ações curativas e que as ações preventivas ficam concentradas somente em palestras e aplicação de flúor.

Era esperado que os valores do IEPM ficassem próximos ou superior a 1 para ambos os modelos assistenciais. Por meio do Gráfico 3 é possível observar que em poucos meses do ano (6 meses apenas, 13% dos meses avaliados) esta meta foi alcançada. Isto pode sugerir que a Odontologia da AB de São Carlos/SP ainda se encontra voltada para a prática curativista e de reparo de danos.

No estudo realizado por Fernandes e Peres (2005) foi encontrado resultado parecido. A razão de procedimentos odontológicos coletivos na população entre 0 a 14 anos foi de 0.37. Considerando que esta população geralmente é a mais contemplada pelas ações coletivas de prevenção, é possível afirmar que em outras regiões do país, a saúde bucal também se encontra mais voltada para práticas curativista do que preventivas.

Barros e Chaves (2003) realizaram um estudo que analisou o processo de reorganização das ações em saúde bucal em dois municípios da Bahia (A e B), a partir de informações do SIA-SUS. Para tanto, os procedimentos odontológicos foram

classificados em: consultas, procedimentos coletivos, preventivos individuais, restauradores, cirúrgicos e periodontais. Houve um aumento dos procedimentos coletivos na população entre 5 e 14 anos (de 0,00 para 0,58 PC/hab./ano no município A; e de 0,00 para 2,33 PC/hab./ano no município B). Os autores observaram também uma regularidade na alimentação dos dados de procedimentos clínicos individuais, ao contrário do observado nos procedimentos coletivos, indicando a necessidade de padronização no registro.

Um estudo realizado por Moiamaz et al. (2006) identificou a percepção de estudantes do 3º ano de Odontologia da UNESP (Universidade Estadual Paulista) de Araçatuba com relação à Odontologia Social. Os autores concluíram que estes acadêmicos desconhecem ou têm uma visão restrita da área, além do fato de valorizarem apenas as ações assistenciais, deixando de lado ações de caráter coletivo e preventivo.

Fica claro que a Odontologia vem passando por um processo de mudança no SUS. Algumas ações já foram propostas com o intuito de inverter este paradigma de prática curativista, todavia mudanças demandam tempo. Os resultados encontrados no município de São Carlos/SP com relação ao IEPM provavelmente sejam muito parecidos com a realidade de tanto outros municípios brasileiros. A ESF pode ser apontada como a principal alavanca para estas mudanças.

Roncalli (2000) estudou em sua tese de doutorado a organização da demanda nos serviços públicos de saúde bucal, com base nas experiências dos municípios de Araçatuba (SP), Belo Horizonte (MG) e Curitiba (PR). O autor discute que as ações odontológicas universais e equitativas fizeram parte de estratégias mais amplas, pois estavam aliadas a vontade política e capacidade técnica dos gestores. As experiências mais exitosas aconteceram nos municípios onde a ESF estava mais fortalecida.

Os resultados encontrados neste trabalho com relação ao IEPM vão de encontro com outros trabalhos realizados no Brasil. A relação ações preventivo/curativas ainda está longe do esperado, contudo há uma evidente superioridade da ESF, que mesmo lentamente, vem promovendo mudanças na Odontologia a nível público do Brasil.

Diversos estudos da literatura científica apontam para a importância da ESF na reorientação do modelo assistencial. Embora haja grandes expectativas de resultados com esta estratégia, na prática isto é mais complicado do que parece. Souza e Roncalli (2007) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a incorporação da saúde bucal na ESF no estado do Rio Grande do Norte. Foram sorteados 19 municípios e avaliados os seguintes aspectos: o acesso, a organização do trabalho e as estratégias de programação. A maioria dos municípios apresentou pouco ou nenhum avanço no modelo assistencial em saúde bucal. Os autores apontam para a necessidade de criação de políticas públicas que contemplem particularidades além do setor da saúde.

Nickel, Lima e Silva (2008) publicaram uma revisão de literatura na qual investigaram os modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil, desenvolvidos a partir do Sistema Incremental. Os modelos estudados foram: o Programa de Inversão da Atenção, a Atenção Precoce em Odontologia e a ESF. Todos estes modelos enfrentaram dificuldades de implantação e tiveram suas ações ainda voltadas para a prática clínica assistencial, sendo que a exclusão de clientela e a resistência na realização de ações preventivo-coletivas foram pontos em comum.

Para que mudanças efetivas no modelo assistencial odontológico sejam possíveis, é de suma importância que haja um excelente planejamento das ações que serão desenvolvidas, bem como uma avaliação capaz que mensurar os resultados alcançados.

Neste sentido, Padilha, Valença e Cavalcanti (2005) avaliaram as características do planejamento, programação e avaliação da Odontologia na ESF no Estado da Paraíba. Foram encontradas situações de ausência de qualquer parâmetro de planejamento, com ênfase em ações exclusivamente individuais e curativas, além de regimes de demanda espontânea. Em poucos municípios foram identificadas ações baseadas na estrutura familiar, no diagnóstico epidemiológico e no conceito de risco. Os autores concluíram que atividades de planejamento, programação e avaliação adequadas ainda são raras, todavia já existem municípios com propostas de trabalho consistentes, porém ainda em fase de implantação.

Através da avaliação do IR e do IEPM é possível verificar que o município de São Carlos/SP vem aumentando a sua produção em termos de atendimentos odontológicos na AB, embora estes atendimentos provavelmente estão direcionados para práticas assistenciais e curativista, pois as ações de prevenção e promoção da saúde (individuais ou coletivas) estando sendo deixadas de lado, de acordo com os valores obtidos para o IEPM.

Patriota (2006) encontrou resultados diferentes, ao observar, em Recife, que os procedimentos básicos preventivos superaram os procedimentos básicos curativos no período de 2001 a 2005. Os primeiros apresentaram um crescimento de 43%, enquanto os demais cresceram apenas 6,7% no referido período. Isso demonstra que, mesmo dentro dos consultórios, há uma predominância das práticas individuais preventivas realizadas pelas ESB, o que reforça o caráter substitutivo da assistência em saúde bucal.

Pimentel et al. (2008) apontaram para um decréscimo do percentual de procedimentos cirúrgicos realizados pelas ESB a partir de 2004. Os autores discutem que estes resultados se devem ao maior enfoque nas ações de promoção e prevenção por parte dos profissionais e ao aumento dos procedimentos restauradores.

Com relação ao IA, conforme indicado por Narvai (1996), valores abaixo de 90% indicam dificuldade para atingir a população alvo. Através do Gráfico 5 é possível observar que em ambos os modelos assistenciais esta meta não foi atingida em nenhum momento do estudo. Estes resultados provavelmente estão associados com a subnotificação de dados no SIA-SUS, especialmente do item “Tratamento Completado em Odontologia”, utilizado para o cálculo deste indicador.

Apesar de em ambos os modelos assistenciais os resultados encontrados terem sido abaixo do esperado, a média relativa aos 4 anos foi superior nas USF (0,13) quando comparada à UBS (0,07). Valores 0 foram observados com muita frequência (52% para as UBS e 38% para as USF). Estes resultados demonstram que, embora sem significância estatística, a ESF consegue finalizar mais tratamentos odontológicos, garantindo, desta maneira, mais acesso aos seus usuários.

Rocha e Goes (2008) publicaram um estudo que contrapõe estes resultados. Eles avaliaram os fatores associados ao acesso aos serviços odontológicos em Campina Grande (PB), comparando áreas cobertas e não cobertas pela ESF. Foi encontrado que não há associação entre residir em uma área coberta pela ESF ou não coberta com o acesso aos serviços de saúde bucal. Os usuários que residiam em áreas não cobertas pela ESF tiveram 1,5 vezes mais chances de ter acesso a serviços de saúde bucal do que usuários que residiam em áreas de cobertura da ESF.

Barros e Bertoldi (2002) afirmaram que o acesso à atenção médica no SUS é consideravelmente maior do que à atenção odontológica. De acordo com esta pesquisa, em 1998, 77% das crianças de 0-6 anos e 4% dos adultos nunca haviam consultado um dentista de acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD). Entre os adultos, comparando-se os 20% mais pobres com os 20% mais ricos, observou-se que o número de desassistidos era 16 vezes maior entre os primeiros. Cerca de 4% dos que procuraram atendimento odontológico não o obtiveram, dos quais 8% estavam entre os mais pobres e 1% entre os mais ricos.

É importante ressaltar que, com a ESF este panorama vem se modificando ao longo dos anos. Os profissionais atuantes na estratégia, geralmente, têm formação acadêmica através de cursos de especialização ou residência na área. Os próprios cursos de graduação em Odontologia estão se voltando cada vez mais para disciplinas da saúde coletiva e preventiva, devido à grande demanda de profissionais para o serviço público, especialmente pela criação/implantação de novas USF.

Outro aspecto bastante interessante de ser abordado é que no município de São Carlos/SP nos anos de 2008 e 2009, foram observados os melhores resultados com relação ao IA para ambos os modelos assistenciais (Gráfico 5). Já no biênio 2010-2011, houve significativa redução nos valores deste indicador. Tais achados não eram esperados, visto que deveria haver uma melhora no acesso odontológico em função da série histórica, conjuntamente com o fortalecimento na estruturação das unidades da AB.

Considerando que o IA é um indicador de efetividade, é possível afirmar que as unidades de saúde da AB não têm sido efetivas em suas ações de saúde bucal, pois não

tem atingido a sua população alvo na prestação de atendimentos odontológicos. Tal asserção torna-se mais relevante no biênio 2010-2011.

Em contrapartida, o IRRE encontrado no município evidencia que o modelo assistencial da AB de São Carlos/SP não tem um perfil mutilador, pois está mais voltado para restaurações dos elementos dentários do que para extrações. A média referente aos 4 anos estudado foi 4,7 para as USF e 5,2 para as UBS, sendo que na análise mês a mês houve significância estatística com superioridade das UBS ($p=0,016$).

Em 2008 o valor médio do IRRE era de 4,53 para as USF e de 4,31 para as UBS (valores próximos), já em 2011 o valor médio deste indicador para as USF subiu para 7,03 (aumento de 63%) e para as UBS o valor encontrado foi de 6,48 (aumento de 50%). Estes dados também apontam para um processo de fortalecimento da ESF em São Carlos/SP, assim como evidenciado nos indicadores IEPM e IA.

Entretanto os resultados encontrados neste estudo diferem daqueles expostos por outros autores, como por exemplo, Barros e Chaves (2001), que encontraram em um município do interior da Bahia, maior participação dos procedimentos cirúrgicos (23,3%) em comparação aos procedimentos restauradores (18,6%).

No município de Araçatuba, nos anos de 1995 e 1996 houve um pequeno aumento das ações de reabilitação, variando de 3,0% para 3,2% (TERRERI, 2005). Em Campos dos Goytacazes, o IRRE encontrado em 2005 foi de 3,7, indicando que neste município, assim com em São Carlos/SP, os serviços odontológicos visam ações de restauração e reabilitação (BATISTA, 2005).

Vilarinho, Mendes e Prado Júnior (2007) verificaram que os procedimentos odontológicos restauradores e cirúrgicos superam numericamente os procedimentos preventivos em Teresina (PI), fazendo com que a prática profissional permaneça refém de uma crescente demanda reprimida de atendimento cirúrgico-restaurador, sem gerar mudanças na qualidade da saúde bucal da população que depende dos serviços públicos.

O trabalho realizado por Celeste et al. (2011) avaliaram a série de procedimentos odontológicos realizados no serviço público brasileiro de 1994 a 2007. Os autores

observaram um decréscimo nas tendências das taxas de restaurações e exodontias. Esta tendência se contrapõe aos resultados encontrados em São Carlos/SP, onde houve aumento do IRRE em função da série histórica, especialmente das restaurações dentárias.

A superioridade das UBS em relação às USF para o IRRE é algo bastante discutível. Isto não significa dizer que a ESF de São Carlos/SP seja um modelo de assistência com caráter mutilador, mas sim que na relação restauração/extração foram encontrados valores maiores para as UBS, isto indica que nestas há maior demanda de restaurações. Tal afirmação pode ser observada através do Gráfico 7, no qual é possível comparar as linhas de tendência do IRRE para ambos os modelos assistenciais, que em praticamente todo o período de tempo estudado foram muito satisfatórias.

Neste sentido, é importante ressaltar que houve tendência de aumento nos valores do IRRE com a progressão do tempo (Gráfico 7), especialmente para a ESF, que em 2011 se igualou às UBS. Segundo Araújo e Dimenstein (2006), a estruturação e organização do processo de trabalho do cirurgião-dentista na ESF deve proporcionar condições de mudança do modelo assistencial, com o intuito de fortalecer as ações preventivas, de promoção da saúde e de reparo de danos. Tais ações são possíveis através do diagnóstico do território com relação ao perfil de saúde bucal e do planejamento das estratégias a serem desenvolvidas.

As visitas domiciliares, a atuação multiprofissional e as reuniões de equipe constituem importantes ferramentas de planejamento da ESF (BALDANI et al., 2005). Neste contexto, a Odontologia vem, cada vez mais, se integrando a este cenário, que tem alcançado reconhecimento internacional. O IRRE do município de São Carlos/SP demonstra que as mudanças nos modelos assistenciais da AB vêm acontecendo não somente em grandes centros urbanos, mas também em cidades do interior do Brasil.

Esta perspectiva de mudança não pôde ser observada na RPCU. A média da AB, considerando USF e UBS, foi de 0,5, o que significa dizer que a cada 1ª consulta odontológica programática, são realizadas 2 consultas de urgência, ou seja, o dobro. Foi encontrada significância estatística na comparação dos modelos, com superioridade para

as UBS ($p=0,002$), todavia os resultados são bastante insatisfatórios para ambos os modelos.

Estes resultados sugerem que as UBS do município garantem maior acesso a tratamento odontológico do que aos atendimentos de urgência e emergência, quando comparadas às USF. Na média geral, as USF alcançaram 0,3 e as UBS 0,7 na RPCU (Tabela 4).

É relevante considerar que existe uma enorme demanda reprimida de usuários que precisam dos atendimentos de urgência, pois as unidades de saúde da AB ainda não conseguem atender a todas as necessidades odontológicas de sua população adscrita. Geralmente, estas unidades de saúde estão alocadas em comunidades carentes, com populações com a saúde bucal em condições ruins, isto acaba gerando mais demanda para as ESB e, conseqüentemente mais consultas de urgência.

Esta problemática envolve também aspectos socioculturais, pois muitos usuários não valorizam o tratamento odontológico como forma de prevenção de problemas futuros, dando preferência ou buscando atendimento somente nos casos de condições agudas, como dores de origem dentária ou traumas.

Isto acaba gerando um ciclo vicioso, na medida em que a saúde bucal da população continua péssima e as consultas de urgência e emergência se mantêm. Quando não há prevenção e promoção da saúde através de tratamentos odontológicos com abordagem ampla, a atuação do cirurgião-dentista fica restrita a procedimentos curativos, com isto o modelo assistencial corre o risco de tornar-se voltado para uma prática mutiladora e de reparo de danos.

Segundo Nickel, Lima e Silva (2008), as consultas de urgência são pouco resolutivas e criam mais demanda para novas consultas de urgência, pois o usuário acostuma-se a frequentar a unidade de saúde com esta finalidade. Além do fato de gerarem maior gasto orçamentário, pois é muito mais caro para o sistema de saúde a realização de procedimentos curativos, que geralmente necessitam também de encaminhamento para profissionais especialistas dos Centros de Especialidades

Odontológicas (CEO), por exemplo, para a confecção de próteses dentárias, tratamentos endodônticos ou periodontais.

Andrade e Ferreira (2006) avaliaram a inserção da odontologia na ESF de Pompéu (MG) através da satisfação de seus usuários. Os autores observaram que a atuação dos cirurgiões-dentistas na região estudada existe de forma tão precária que não pôde ser percebida pelos usuários. E que a grande demanda reprimida e as dificuldades administrativas fizeram com que os princípios da ESF fossem perdidos, distanciando o serviço da proposta de melhoria da qualidade de vida da população.

Diversas dificuldades estão relacionadas com a RPCU, dentre elas: maior expectativa da população com relação às práticas curativas, insuficiência ou inexistência de serviços especializados e a ausência de técnico em higiene dental (THD) na equipe de saúde bucal, por tratar-se de um profissional com caráter mais preventivo. Todas elas acabam gerando demandas excessivas para as ESB, que acabam por concentrar seus esforços em ações com maior prioridade, ou seja, nos atendimentos de urgência e emergência (FARIAS; MOURA, 2003).

Segundo Carvalho et al. (2004), é de suma importância a organização da demanda para os serviços odontológicos em: atenção à livre demanda, atenção às urgências, atenção programada e manutenção ou retorno programado. Segundo os autores, ainda é impossível extinguir os atendimentos à livre demanda e urgências, pois as condições agudas ainda são muito frequentes na população brasileira. É fundamental que estes atendimentos estejam organizados de maneira adequada, a fim de que as ESB não fiquem voltadas apenas para atendimentos curativos e consigam desenvolver outros tipos de ações.

É necessário considerar a possibilidade de subnotificação do procedimento “Primeira Consulta Odontológica Programática”, que pôde influenciar diretamente na RPCU. Barros e Chaves (2003) discutem em seu trabalho que, quando são realizados estudos a partir de SI, a subnotificação de dados é uma variável constante e que deve ser considerada. Embora haja esta variável, a relevância de pesquisas a partir de SI não fica

diminuída, na medida em que os mesmos podem ser considerados excelentes instrumentos de análise e construção de indicadores.

Os parâmetros de avaliação utilizados neste trabalho desenvolvido em São Carlos/SP (IR, IEPM, IA, IRRE e RPCU) demonstraram que houve superioridade das UBS em relação à USF ($p < 0.05$) para IRRE e RPCU. Estes resultados demonstram que as UBS estão mais estruturadas em seu processo de trabalho do que as USF, que são unidades de saúde mais novas e ainda em estabelecimento e construção de suas equipes. Todavia, há que se considerar uma tendência de fortalecimento da ESF na cidade de São Carlos/SP, pois em todos os indicadores, com exceção da RPCU, houve melhora significativa em função da série histórica, sendo que em 2011, os valores destes indicadores nas USF estavam superiores ou muito próximos em comparação com as UBS.

Com relação aos indicadores IR e IRRE, São Carlos/SP obteve ótimos resultados. Isto significa dizer que a produção em termos de atendimentos odontológicos na AB do município está de acordo com o esperado e que as características assistenciais são mais conservadoras do que mutiladoras.

Os piores resultados encontrados foram para IEPM, IA e RPCU. Estes resultados ruins foram coincidentes em ambos os modelos assistenciais da AB do município. Eles apontam para a dificuldade de realização de ações de prevenção e promoção da saúde bucal, dificuldade em atingir o público-alvo e atendimentos odontológicos concentrados nas urgências. Entendendo que a rede de saúde passa por constantes modificações, este estudo será fonte de informação importante também para a gestão municipal, pois a partir dele será possível reavaliar a saúde bucal a nível público e propor ações de valorização dos SI, incentivo às ações preventivo-coletivas e reestruturação dos atendimentos odontológicos.

Como o IR foi satisfatório e o IA foi abaixo do esperado, possivelmente as ESB da AB não são suficientes para atender a todas as necessidades da população, pois os cirurgiões-dentistas têm uma alta produção de atendimentos odontológicos e mesmo assim não conseguem atingir o público-alvo.

O IA também se relaciona com a RPCU, pois como há uma predominância dos atendimentos de urgência e emergência em detrimento dos tratamentos odontológicos completos, isto conseqüentemente interfere no acesso dos usuários, pois faltam vagas para tratamentos, já que os cirurgiões-dentistas passam grande parte de sua jornada de trabalho destinando esforços para atendimentos das condições agudas.

Levando em consideração o argumento acima descrito, se os profissionais das ESB têm que atender a livre demanda, que por sua vez possui múltiplas necessidades de saúde bucal, isto acaba gerando mais atendimentos de urgência e menos ações de prevenção e promoção, interferindo diretamente no IEPM, pois falta tempo e condições para que a ESB consiga planejar e executar tais ações juntamente com a equipe.

Quanto às limitações do SIA-SUS, cabe destacar que os dados desse sistema são relativos aos procedimentos realizados, portanto não permitem investigação de perfis de morbidade. Outro aspecto importante está relacionado com o tempo destinado pelos trabalhadores da saúde para a marcação diária dos procedimentos realizados, que pode ser dispendioso dentro de uma rotina de trabalho atribulada. Tal fato também pode influenciar na produção dos procedimentos odontológicos, que podem não ser registrados. É necessário facilitar o processo de registro de informações nos SI, garantindo horários nas agendas dos profissionais para esta finalidade.

Apesar das limitações acima explicitadas, é imprescindível a utilização dos SI como fonte de dados para estudos na área da saúde. Neste sentido, os SI se mostram eficientes instrumentos de análise quantitativa, pois transformam dados numéricos em informações mais fáceis de serem interpretadas e comparadas (CARNUT; FIGUEIREDO; GOES, 2010).

A valorização dos SI é discussão recorrente na grande maioria dos municípios e regiões do Brasil. Enquanto não houver incorporação da utilização destas ferramentas no processo de trabalho, corre-se o risco de atuar somente em livre demanda de atendimento, sem qualquer planejamento ou diagnóstico do território. A finalidade destes SI não deve ficar restrita somente a previsões orçamentárias, mas sim direcionada para fortalecimento das equipes e construção de uma prática com maior resolubilidade, equidade, integralidade e universalidade (FERNANDES; PERES, 2005).

O presente estudo realizado no município de São Carlos/SP utilizou-se de baixa tecnologia e baixo custo. Sendo assim, pode ser reproduzido em outras localidades do país, pois se mostrou eficiente em sua proposta de avaliação do panorama da saúde bucal no período estudado. Sua potencialidade é grande na medida em que pode ser realizado não somente com finalidade de pesquisa acadêmica, mas também como metodologia de avaliação e planejamento das ações em saúde.

CONCLUSÕES

- Diferenças significativas ($p < 0,05$) foram observadas para IRRE e RPCU. Pode-se concluir que, embora as UBS tenham apresentado melhor desempenho do que as USF no município de São Carlos/SP, no período estudado, os resultados também indicaram um processo de fortalecimento da ESF.
- IEPM, IA e RPCU demonstraram resultados insatisfatórios, apontando para dificuldade de realização de ações de prevenção e promoção da saúde, dificuldade em atingir o público-alvo e atendimentos odontológicos concentrados em urgências e procedimentos curativos.
- IR e IRRE apresentaram os melhores resultados, indicando alta produtividade em termos de atendimentos odontológicos na AB e um modelo assistencial voltado para práticas conservadoras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA G.C.M.; FERREIRA M.A.F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2131-2140, 2008.
2. ANDRADE K.L.C.; FERREIRA E.R. Avaliação da inserção da Odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 123-130, 2006.
3. ARAÚJO Y.P.; DIMENSTEIN M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 219-227, 2006.
4. BALDANI M.H. et al. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1026-1035, 2005.
5. BARROS A.J.D.; BERTOLDI A.D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n.4, p. 709-717, 2002.
6. BARROS S.G., CHAVES S.C.L. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 1, p. 41-51, 2003.
7. BATISTA S.P.R. **Análise dos principais indicadores em saúde bucal no município de Campos dos Goytacazes/RJ**. 2005. Dissertação de Mestrado. Piracicaba: Faculdade de Odontologia UNICAMP, 2005.
8. BOARETO P.P. **A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde Família**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso. Campos Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais UFMG, 2011.

9. BODSTEIN R. Atenção Básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.
10. BORGES C.F.; BAPTISTA T.W.F. A Política de Atenção Básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 27-53, 2010.
11. BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde. **Programa Estadual de Saúde Bucal**. Diretrizes para os Programas Municipais e Regionais. São Paulo, SP, 1989.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997a.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 1882/GM. Estabelece o **Piso da Atenção Básica - PAB** e sua composição. Brasília, DF, 1997b.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica: Série Pactos pela Saúde**. Brasília, DF, 2006a.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal**. Cadernos da Atenção Básica, nº17 – Série A: Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2006b.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº493, de 10 de março de 2006. **Relação de Indicadores da Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006c.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. **Informes da Atenção Básica nº 39**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Brasília, DF, 2007.
18. CARNUT L.; FIGUEIREDO N.; GOES P.S.A. Saúde bucal na atenção primária brasileira: em busca de um sistema de informação em saúde. **J Manag Prim Health Care**, v. 1, n. 1, p. 8-13, 2010.
19. CARVALHO D.Q. et al. A dinâmica da Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre, v.18, n. 1, 2004.

20. CASTANHEIRA E.R.L. et al. Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em 37 Municípios do Centro-Oeste Paulista: características da organização da assistência. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl. 2, 2009.
21. CAVALCANTI Y.W. et al. Associação de Indicadores de Produção Odontológica e de Condição Sócio Sanitária na Atenção Básica de João Pessoa – PB. **Rev. Bras. Cie. Saúde**, v.14, n. 3, p. 47-52, 2010.
22. CELESTE R.K. et al. Séries de procedimentos odontológicos realizados nos serviços públicos brasileiros, 1994-2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(11): 4523-4532, 2011.
23. CHAVES M.M. **Odontologia Social**. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1986.
24. COSTA G.D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, 2009.
25. COTTA R.M.M. et al. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Scientia Medica**, Porto Alegre: PUCRS, v. 15, n. 4, 2005.
26. DONABEDIAN A. **The Definition of Quality and Approaches to its Assessment**. **Health Administration Press**, Ann Arbor, MI, 1980.
27. ELIAS P.E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006.
28. EMMI D.T.; BARROSO R.F. Evaluation of oral health actions in the Family Health Program in the Mosqueiro district, Pará State, Brazil. **Ciência e Saúde Coletiva**. 13(1): 35-41, 2008.

29. FARIAS M.A.V.; MOURA E.R.F. Saúde Bucal no Contexto do Programa Saúde da Família do Município de Iracema, no Ceará. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 32, n. 2, p. 131-137, 2003.
30. FERNANDES L.S.; PERES M.A. Associação entre Atenção Básica em Saúde Bucal e Indicadores Socioeconômicos Municipais. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 930-936, 2005.
31. IBGE. **Dados censitários de 2010**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População e Indicadores. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>> Acesso em: 09 jan. 2013.
32. LOIVOS C. et al. Acesso às ações de saúde bucal versus indicadores do SIAB/SIASUS: um diálogo possível e necessário. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 2, p.263-9, 2009.
33. LOURENÇO E.C. et al. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14(Supl. 1), p. 1367-1377, 2009.
34. LUCENA, E.; JÚNIOR, G.; SOUSA, M.. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasil, 5, Dez. 2011. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1042/951>>. Acesso em: 20 Mai. 2013.
35. MARTINO F.S. **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.
36. MOIAMAZ S.A.S. et al. Representação social de acadêmicos de odontologia sobre a área de Odontologia Social. **Rev. da Abeno**. 6(2):145-149. 2006.

37. MUSGROVE P. Indicators: how much complexity is desirable? **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 5, n. 1, p.73-82, 2002.
38. NADANOVSKY P.; SHEIHAM A. Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-year-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. **Community Dent Oral Epidemiol**, 1995; 23(6):331-339.
39. NARVAI P.C. **Avaliação das ações em saúde bucal**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; Oficina Saúde Bucal no SUS, 1996.
40. NICKEL D.A.; LIMA F.G.; DA SILVA B.B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(2):241-246, 2008.
41. PATRIOTA C.M.M. **Cobertura das ações de saúde bucal no Recife no período de 2000 a 2005**. Monografia de Residência. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2006.
42. PADILHA W.W.N. et al. Planejamento e Programação Odontológicos no Programa Saúde da Família do Estado da Paraíba: Estudo Qualitativo. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 5, n. 1, p. 65-74, jan./abr. 2005.
43. PEREIRA D.Q.; PEREIRA J.C.M.; ASSIS M.M.A. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 599-609, 2003.
44. PEREIRA A.C. et al. **Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia..** 1ª ed. São Paulo: Ed. Napoleão, 2009.
45. PEREIRA C.R. et al. Inclusion of oral health teams in the Family Health Program and its impact on the use of dental services. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 985-996, 2009.

46. PIMENTEL F.C., et al. Evolução da assistência em saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do município do Recife (PE) no período de 2001 a 2007. **Rev Baiana de Saúde Pública**. v.32, n.2, p.253-264, 2008.
47. PINTO V.G., et al. **Saúde Bucal Coletiva**. 5ª ed. São Paulo: Ed. Santos, 2008.
48. ROCHA R.A.C.P.; GOES P.S. Comparison of access to Oral Health Services between areas covered and not covered by the Family Health Program in Campina Grande, Paraíba State, Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 12, p. 2871-2880, 2008.
49. RONCALLI A.G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em Saúde Bucal Coletiva**. Araçatuba, 2000. 238p. Tese de Doutorado em Odontologia Preventiva e Social. Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. 2000.
50. SÃO CARLOS. Site da Prefeitura Municipal de São Carlos. **A saúde bucal no município de São Carlos**. São Carlos: Secretaria Municipal. 2013. Disponível em: <<http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.>> Acesso em 12 jan. 2013.
51. SEADE. **Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados**. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/>>. Acesso em: 15 jan. 2013.
52. SOUZA T.M.S.; RONCALLI A.G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, 2007.
53. STARFIELD B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades da saúde, serviços e tecnologia**. Ministério da Saúde/UNESCO. Brasília, 2004.
54. TERRERI A.L.M. **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.

55. TERRERI A.L.M.; GARCIA W.G.A. **A contribuição dos sistemas de informação em saúde na reorganização do modelo municipal de saúde bucal**. Araçatuba, SP, 2000 (mimeo). Disponível em: URL: <http://www.angelonline.cjb.net> [2013 Jun. 04]. Acesso em 06 mai 2013.
56. VIANA I.B. Análise do acesso na Estratégia Saúde da Família a serviços odontológicos no estado de Pernambuco: estudo comparativo entre os anos 2001 e 2009. **Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 3, 2011.
57. VILARINHO S.M.M.; MENDES R.F.; PRADO JÚNIOR R.R. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em Teresina (PI). **R. Odonto Ciência**, v. 22, n. 55, p. 48-54, 2007.
58. VOLPATO L.E.R.; SCATENA J.H. Análise da política de saúde bucal do Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, a partir do banco de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 2, p. 47-55, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Tabulação dos procedimentos odontológicos extraídos do SIA-SUS, segundo a classificação Curativos, Preventivos e Outros – 2008 a 2011.

2008	<i>Preventivos</i>		<i>Curativos</i>		<i>Outros</i>		Total
	USF	UBS	USF	UBS	USF	UBS	
Mod. Assist.	USF	UBS	USF	UBS	USF	UBS	Total
Janeiro	259	0	776	0	272	0	1307
Fevereiro	303	0	556	0	235	0	1094
Março	426	627	886	1775	415	445	4574
Abril	447	4838	1084	3509	396	749	11023
Maio	636	1980	776	2914	584	1024	7914
Junho	603	1382	855	3472	521	971	7804
Agosto	671	1664	1073	4673	516	1379	9976
Setembro	552	1875	999	4597	733	1663	10419
Outubro	712	4511	1457	4840	547	1204	13271
Novembro	607	0	870	0	375	0	1852
Dezembro	359	1188	380	2338	61	740	5066
Total	5575	18065	9712	28118	4655	8175	74300

2009	<i>Preventivos</i>		<i>Curativos</i>		<i>Outros</i>		Total
	USF	UBS	USF	UBS	USF	UBS	
Mod. Assist.	USF	UBS	USF	UBS	USF	UBS	Total
Janeiro	869	1415	1609	2364	680	883	7820
Fevereiro	912	1697	1533	3104	656	1132	9034
Março	540	1433	1369	3302	582	991	8217
Abril	743	1548	1897	4176	753	1097	10214
Maio	640	999	1557	3140	581	916	7833
Junho	717	1332	1596	4264	665	1209	9783
Agosto	623	2562	1926	4461	715	1110	11397
Setembro	1484	6034	2044	3591	634	798	14585
Outubro	2966	8494	2579	5573	744	1237	21593
Novembro	1867	1763	2458	3163	640	977	10868
Dezembro	1737	1859	2276	3397	604	1011	10884
Total	13098	29136	20844	40535	7254	11361	122228

2010	<i>Preventivos</i>		<i>Curativos</i>		<i>Outros</i>		Total
	USF	UBS	USF	UBS	USF	UBS	
Mod. Assist.	USF	UBS	USF	UBS	USF	UBS	Total
Janeiro	509	771	1722	1969	611	431	6013
Fevereiro	590	675	2054	2115	607	557	6598
Março	1059	1205	2071	2569	460	766	8130
Abril	1315	1271	3042	4470	947	724	11769
Maio	2662	2179	2117	4353	870	1119	13300
Junho	2574	2034	2508	4425	715	2263	14519
Agosto	992	1155	2317	3757	575	1004	9800
Setembro	1302	1486	3231	4992	880	981	12872
Outubro	1218	1639	2939	4111	845	905	11657
Novembro	1124	1025	3210	3367	801	801	10328
Dezembro	2772	1165	2395	3675	624	941	11572
Total	16117	14605	27606	39803	7935	10492	116558

2011	<i>Preventivos</i>		<i>Curativos</i>		<i>Outros</i>		Total
	USF	UBS	USF	UBS	USF	UBS	
Mod. Assist.	USF	UBS	USF	UBS	USF	UBS	Total
Janeiro	736	625	1708	1976	471	600	6116
Fevereiro	885	930	2610	2774	689	866	8754
Março	958	1245	2165	2813	583	830	8594
Abril	774	615	1719	1971	497	600	6176
Maio	3254	1096	2328	3510	691	907	11786
Junho	1075	2274	3020	4101	774	722	11966
Agosto	902	1100	2109	3809	587	1029	9536
Setembro	684	1495	2450	4149	447	838	10063
Outubro	771	1998	2836	4075	665	1086	11431
Novembro	1076	1199	2281	5127	526	708	10917
Dezembro	2653	1959	9456	4327	634	819	19848
Total	13768	14536	32682	38632	6564	9005	115187

APÊNDICE B: Consolidação dos dados referentes ao Indicador de Rendimento.

Extraído do SIA-SUS, 2008 a 2011.

<i>Tipo de Unidade</i>	<i>Mês</i>	<i>Ano</i>	<i>Total de Procedimentos</i>	<i>Total de Horas do CD na Assistência</i>	<i>Indicador de Rendimento</i>
USF	1	2008	639	160	4.0
USF	2	2008	859	160	5.4
USF	3	2008	1312	160	8.2
USF	4	2008	1561	160	9.8
USF	5	2008	1412	160	8.8
USF	6	2008	1458	160	9.1
USF	8	2008	1744	160	10.9
USF	9	2008	1551	160	9.7
USF	10	2008	2169	160	13.6
USF	11	2008	1477	160	9.2
USF	12	2008	739	160	4.6
UBS	1	2008	0	240	0.0
UBS	2	2008	0	240	0.0
UBS	3	2008	2402	240	10.0
UBS	4	2008	8347	240	34.8
UBS	5	2008	4894	240	20.4
UBS	6	2008	4854	240	20.2
UBS	8	2008	6337	240	26.4
UBS	9	2008	6472	240	27.0
UBS	10	2008	9351	240	39.0
UBS	11	2008	0	240	0.0
UBS	12	2008	3526	240	14.7
USF	1	2009	2478	160	15.5
USF	2	2009	2445	160	15.3
USF	3	2009	1909	160	11.9

USF	4	2009	2640	160	16.5
USF	5	2009	2197	160	13.7
USF	6	2009	2313	160	14.5
USF	8	2009	2549	160	15.9
USF	9	2009	3528	160	22.1
USF	10	2009	5545	160	34.7
USF	11	2009	4325	160	27.0
USF	12	2009	4013	160	25.1
UBS	1	2009	3779	240	15.7
UBS	2	2009	4801	240	20.0
UBS	3	2009	4735	240	19.7
UBS	4	2009	5724	240	23.9
UBS	5	2009	4139	240	17.2
UBS	6	2009	5596	240	23.3
UBS	8	2009	7023	240	29.3
UBS	9	2009	9625	240	40.1
UBS	10	2009	14067	240	58.6
UBS	11	2009	4926	240	20.5
UBS	12	2009	5256	240	21.9
USF	1	2010	2231	160	13.9
USF	2	2010	2644	160	16.5
USF	3	2010	3130	160	19.6
USF	4	2010	4357	160	27.2
USF	5	2010	4779	160	29.9
USF	6	2010	5082	160	31.8
USF	8	2010	3239	160	20.2
USF	9	2010	4533	160	28.3
USF	10	2010	4157	160	26.0
USF	11	2010	4334	160	27.1
USF	12	2010	5167	160	32.3

UBS	1	2010	2740	240	11.4
UBS	2	2010	2790	240	11.6
UBS	3	2010	3774	240	15.7
UBS	4	2010	5741	240	23.9
UBS	5	2010	6532	240	27.2
UBS	6	2010	6459	240	26.9
UBS	8	2010	4912	240	20.5
UBS	9	2010	6478	240	27.0
UBS	10	2010	5750	240	24.0
UBS	11	2010	4392	240	18.3
UBS	12	2010	4840	240	20.2
USF	1	2011	12109	160	75.7
USF	2	2011	3495	160	21.8
USF	3	2011	3123	160	19.5
USF	4	2011	2493	160	15.6
USF	5	2011	5582	160	34.9
USF	6	2011	4095	160	25.6
USF	8	2011	3011	160	18.8
USF	9	2011	3134	160	19.6
USF	10	2011	3607	160	22.5
USF	11	2011	3457	160	21.6
USF	12	2011	2444	160	15.3
UBS	1	2011	6286	240	26.2
UBS	2	2011	3704	240	15.4
UBS	3	2011	4058	240	16.9
UBS	4	2011	2586	240	10.8
UBS	5	2011	4606	240	19.2
UBS	6	2011	6375	240	26.6
UBS	8	2011	4909	240	20.5
UBS	9	2011	5644	240	23.5

UBS	10	2011	6073	240	25.3
UBS	11	2011	6326	240	26.4
UBS	12	2011	2601	240	10.8

APÊNDICE C: Consolidação dos dados referentes ao Indicador Ênfase em Prevenção Modificado. Extraído do SIA-SUS, 2008 a 2011.

<i>Tipo de Unidade</i>	<i>Mês</i>	<i>Ano</i>	<i>Preventivos</i>	<i>Curativos</i>	<i>Indicador Ênfase em Prevenção Modificado</i>
USF	1	2008	259	380	0.68
USF	2	2008	303	556	0.54
USF	3	2008	426	886	0.48
USF	4	2008	477	1084	0.44
USF	5	2008	636	776	0.82
USF	6	2008	603	855	0.71
USF	8	2008	671	1073	0.63
USF	9	2008	552	999	0.55
USF	10	2008	712	1457	0.49
USF	11	2008	607	870	0.70
USF	12	2008	359	380	0.94
UBS	1	2008	0	0	0.00
UBS	2	2008	0	0	0.00
UBS	3	2008	627	1775	0.35
UBS	4	2008	4838	3509	1.38
UBS	5	2008	1980	2914	0.68
UBS	6	2008	1382	3472	0.40
UBS	8	2008	1664	4673	0.36
UBS	9	2008	1875	4597	0.41
UBS	10	2008	4511	4840	0.93
UBS	11	2008	0	0	0.00
UBS	12	2008	1188	2338	0.51
USF	1	2009	869	1609	0.54
USF	2	2009	912	1533	0.59
USF	3	2009	540	1369	0.39

USF	4	2009	743	1897	0.39
USF	5	2009	640	1557	0.41
USF	6	2009	717	1596	0.45
USF	8	2009	623	1926	0.32
USF	9	2009	1484	2044	0.73
USF	10	2009	2966	2579	1.15
USF	11	2009	1867	2458	0.76
USF	12	2009	1737	2276	0.76
UBS	1	2009	1415	2364	0.60
UBS	2	2009	1697	3104	0.55
UBS	3	2009	1433	3302	0.43
UBS	4	2009	1548	4176	0.37
UBS	5	2009	999	3140	0.32
UBS	6	2009	1332	4264	0.31
UBS	8	2009	2562	4461	0.57
UBS	9	2009	6034	3591	1.68
UBS	10	2009	8494	5573	1.52
UBS	11	2009	1763	3163	0.56
UBS	12	2009	1859	3397	0.55
USF	1	2010	509	1722	0.30
USF	2	2010	590	2054	0.29
USF	3	2010	1059	2071	0.51
USF	4	2010	1315	3042	0.43
USF	5	2010	2662	2117	1.26
USF	6	2010	2574	2508	1.03
USF	8	2010	922	2317	0.40
USF	9	2010	1302	3231	0.40
USF	10	2010	1218	2939	0.41
USF	11	2010	1124	3210	0.35
USF	12	2010	2772	2395	1.16

UBS	1	2010	771	1969	0.39
UBS	2	2010	675	2115	0.32
UBS	3	2010	1205	2569	0.47
UBS	4	2010	1271	4470	0.28
UBS	5	2010	2179	4353	0.50
UBS	6	2010	2034	4425	0.46
UBS	8	2010	1155	3757	0.31
UBS	9	2010	1486	4992	0.30
UBS	10	2010	1639	4111	0.40
UBS	11	2010	1025	3367	0.30
UBS	12	2010	1165	3675	0.32
USF	1	2011	2653	9456	0.28
USF	2	2011	885	2610	0.34
USF	3	2011	958	2165	0.44
USF	4	2011	774	1719	0.45
USF	5	2011	3254	2328	1.40
USF	6	2011	1075	3020	0.36
USF	8	2011	902	2109	0.43
USF	9	2011	684	2450	0.28
USF	10	2011	771	2836	0.27
UBS	11	2011	1199	5127	0.23
UBS	12	2011	625	1976	0.32

APÊNDICE D: Consolidação dos dados referentes ao Indicador de Atrição. Extraído do SIA-SUS, 2008 a 2011.

<i>Tipo de Unidade</i>	<i>Mês</i>	<i>Ano</i>	<i>TC</i>	<i>1ª consulta</i>	<i>Indicador de Atrição</i>
USF	1	2008	38	62	0,61
USF	2	2008	36	53	0,68
USF	3	2008	47	94	0,50
USF	4	2008	0	115	0,00
USF	5	2008	109	215	0,51
USF	6	2008	67	115	0,58
USF	8	2008	63	168	0,38
USF	9	2008	40	288	0,14
USF	10	2008	45	152	0,30
USF	11	2008	48	97	0,49
USF	12	2008	4	18	0,22
UBS	1	2008	0	0	0,00
UBS	2	2008	0	0	0,00
UBS	3	2008	158	206	0,77
UBS	4	2008	0	561	0,00
UBS	5	2008	93	434	0,21
UBS	6	2008	3	433	0,01
UBS	8	2008	0	796	0,00
UBS	9	2008	8	818	0,01
UBS	10	2008	0	614	0,00
UBS	11	2008	0	0	0,00
UBS	12	2008	0	309	0,00
USF	1	2009	52	174	0,30

USF	2	2009	67	208	0,32
USF	3	2009	9	168	0,05
USF	4	2009	0	423	0,00
USF	5	2009	0	234	0,00
USF	6	2009	16	346	0,05
USF	8	2009	0	326	0,00
USF	9	2009	0	255	0,00
USF	10	2009	0	291	0,00
USF	11	2009	0	455	0,00
USF	12	2009	0	296	0,00
UBS	1	2009	147	299	0,49
UBS	2	2009	288	409	0,70
UBS	3	2009	40	534	0,07
UBS	4	2009	20	551	0,04
UBS	5	2009	0	487	0,00
UBS	6	2009	31	631	0,05
UBS	8	2009	13	589	0,02
UBS	9	2009	0	339	0,00
UBS	10	2009	0	626	0,00
UBS	11	2009	0	440	0,00
UBS	12	2009	0	452	0,00
USF	1	2010	20	251	0,08
USF	2	2010	0	325	0,00
USF	3	2010	0	272	0,00
USF	4	2010	0	548	0,00
USF	5	2010	0	477	0,00

USF	6	2010	0	318	0,00
USF	8	2010	9	319	0,03
USF	9	2010	10	380	0,03
USF	10	2010	13	397	0,03
USF	11	2010	29	410	0,07
USF	12	2010	0	273	0,00
UBS	1	2010	68	201	0,34
UBS	2	2010	0	411	0,00
UBS	3	2010	0	519	0,00
UBS	4	2010	13	397	0,03
UBS	5	2010	14	505	0,03
UBS	6	2010	0	443	0,00
UBS	8	2010	0	598	0,00
UBS	9	2010	0	583	0,00
UBS	10	2010	21	463	0,05
UBS	11	2010	0	431	0,00
UBS	12	2010	0	535	0,00
USF	1	2011	26	307	0,08
USF	2	2011	0	282	0,00
USF	3	2011	0	298	0,00
USF	4	2011	0	169	0,00
USF	5	2011	0	322	0,00
USF	6	2011	0	392	0,00
USF	8	2011	17	267	0,06
USF	9	2011	0	172	0,00
USF	10	2011	0	299	0,00

USF	11	2011	0	293	0,00
USF	12	2011	0	162	0,00
UBS	1	2011	0	479	0,00
UBS	2	2011	0	516	0,00
UBS	3	2011	0	448	0,00
UBS	4	2011	0	272	0,00
UBS	5	2011	0	562	0,00
UBS	6	2011	0	455	0,00
UBS	8	2011	0	640	0,00
UBS	9	2011	36	488	0,07
UBS	10	2011	193	651	0,30
UBS	11	2011	0	457	0,00
UBS	12	2011	0	272	0,00

APÊNDICE E: Consolidação dos dados referentes ao Indicador Relação Restauração/Extração. Extraído do SIA-SUS, 2008 a 2011.

<i>Tipo de Unidade</i>	<i>Mês</i>	<i>Ano</i>	<i>Restaurações</i>	<i>Extrações</i>	<i>Indicador Relação Restauração/Extração</i>
USF	1	2008	232	25	9.28
USF	2	2008	158	27	5.85
USF	3	2008	274	60	4.57
USF	4	2008	338	109	3.10
USF	5	2008	290	46	6.30
USF	6	2008	291	66	4.41
USF	8	2008	318	82	3.88
USF	9	2008	306	70	4.37
USF	10	2008	469	128	3.66
USF	11	2008	238	68	3.50
USF	12	2008	95	44	2.16
UBS	1	2008	0	0	0.00
UBS	2	2008	0	0	0.00
UBS	3	2008	697	88	7.92
UBS	4	2008	1158	163	7.10
UBS	5	2008	916	174	5.26
UBS	6	2008	1042	247	4.22
UBS	8	2008	1572	314	5.01
UBS	9	2008	1323	285	4.64
UBS	10	2008	1615	209	7.73
UBS	11	2008	0	0	0.00
UBS	12	2008	640	156	4.10
USF	1	2009	408	92	4.43
USF	2	2009	429	135	3.18
USF	3	2009	420	98	4.29
USF	4	2009	662	125	5.30
USF	5	2009	514	95	5.41
USF	6	2009	462	142	3.25
USF	8	2009	636	140	4.54

USF	9	2009	610	115	5.30
USF	10	2009	725	218	3.33
USF	11	2009	851	199	4.28
USF	12	2009	815	183	4.45
UBS	1	2009	554	142	3.90
UBS	2	2009	748	190	3.94
UBS	3	2009	905	206	4.39
UBS	4	2009	1319	204	6.47
UBS	5	2009	982	191	5.14
UBS	6	2009	1244	249	5.00
UBS	8	2009	1175	284	4.14
UBS	9	2009	1072	180	5.96
UBS	10	2009	1586	316	5.02
UBS	11	2009	927	190	4.88
UBS	12	2009	1025	202	5.07
USF	1	2010	660	83	7.95
USF	2	2010	535	182	2.94
USF	3	2010	679	146	4.65
USF	4	2010	874	140	6.24
USF	5	2010	664	144	4.61
USF	6	2010	718	227	3.16
USF	8	2010	655	164	3.99
USF	9	2010	916	179	5.12
USF	10	2010	800	174	4.60
USF	11	2010	1116	196	5.69
USF	12	2010	713	174	4.10
UBS	1	2010	599	99	6.05
UBS	2	2010	601	87	6.91
UBS	3	2010	966	162	5.96
UBS	4	2010	1415	208	6.80
UBS	5	2010	1217	262	4.65
UBS	6	2010	1274	146	8.73
UBS	8	2010	1044	216	4.83
UBS	9	2010	1327	197	6.74
UBS	10	2010	1276	210	6.08

UBS	11	2010	958	185	5.18
UBS	12	2010	1336	231	5.78
USF	1	2011	677	84	8.06
USF	2	2011	674	187	3.60
USF	3	2011	593	120	4.94
USF	4	2011	506	74	6.84
USF	5	2011	720	131	5.50
USF	6	2011	880	138	6.38
USF	8	2011	590	69	8.55
USF	9	2011	736	108	6.81
USF	10	2011	781	137	5.70
USF	11	2011	647	100	6.47
USF	12	2011	506	75	6.75
UBS	1	2011	1204	200	6.02
UBS	2	2011	727	95	7.65
UBS	3	2011	733	164	4.47
UBS	4	2011	582	88	6.61
UBS	5	2011	937	166	5.64
UBS	6	2011	1094	185	5.91
UBS	8	2011	1216	147	8.27
UBS	9	2011	1129	153	7.38
UBS	10	2011	1171	176	6.65
UBS	11	2011	889	140	6.35
UBS	12	2011	582	88	6.61

APÊNDICE F: Consolidação dos dados referentes à Relação 1ª Consulta/Urgência.

Extraído do SIA-SUS, 2008 a 2011.

<i>Tipo de Unidade</i>	<i>Mês</i>	<i>Ano</i>	<i>1ª consulta</i>	<i>Urgência</i>	<i>Relação 1ª Consulta/Urgência</i>
USF	1	2008	62	172	0.36
USF	2	2008	53	146	0.36
USF	3	2008	94	274	0.34
USF	4	2008	115	281	0.41
USF	5	2008	215	260	0.83
USF	6	2008	115	339	0.34
USF	8	2008	168	285	0.59
USF	9	2008	288	405	0.71
USF	10	2008	152	350	0.43
USF	11	2008	97	230	0.42
USF	12	2008	18	39	0.46
UBS	1	2008	0	0	0.00
UBS	2	2008	0	0	0.00
UBS	3	2008	206	81	2.54
UBS	4	2008	561	188	2.98
UBS	5	2008	434	497	0.87
UBS	6	2008	433	535	0.81
UBS	8	2008	796	583	1.37
UBS	9	2008	818	837	0.98
UBS	10	2008	614	590	1.04
UBS	11	2008	0	0	0.00
UBS	12	2008	309	431	0.72
USF	1	2009	174	452	0.38

USF	2	2009	208	381	0.55
USF	3	2009	168	405	0.41
USF	4	2009	423	330	1.28
USF	5	2009	234	347	0.67
USF	6	2009	346	303	1.14
USF	8	2009	326	389	0.84
USF	9	2009	255	379	0.67
USF	10	2009	291	453	0.64
USF	11	2009	455	185	2.46
USF	12	2009	296	308	0.96
UBS	1	2009	299	437	0.68
UBS	2	2009	409	435	0.94
UBS	3	2009	534	417	1.28
UBS	4	2009	551	526	1.05
UBS	5	2009	487	473	1.03
UBS	6	2009	631	547	1.15
UBS	8	2009	589	508	1.16
UBS	9	2009	339	459	0.74
UBS	10	2009	626	611	1.02
UBS	11	2009	440	537	0.82
UBS	12	2009	452	559	0.81
USF	1	2010	251	340	0.74
USF	2	2010	325	282	1.15
USF	3	2010	272	188	1.45
USF	4	2010	548	399	1.37
USF	5	2010	477	393	1.21
USF	6	2010	318	397	0.80

USF	8	2010	319	247	1.29
USF	9	2010	380	490	0.78
USF	10	2010	397	435	0.91
USF	11	2010	410	362	1.13
USF	12	2010	273	351	0.78
UBS	1	2010	201	159	1.26
UBS	2	2010	411	146	2.82
UBS	3	2010	519	247	2.10
UBS	4	2010	397	312	1.27
UBS	5	2010	505	600	0.84
UBS	6	2010	443	1820	0.24
UBS	8	2010	598	392	1.53
UBS	9	2010	583	398	1.46
UBS	10	2010	463	421	1.10
UBS	11	2010	431	370	1.16
UBS	12	2010	535	406	1.32
USF	1	2011	307	298	1.03
USF	2	2011	282	407	0.69
USF	3	2011	298	285	1.05
USF	4	2011	169	317	0.53
USF	5	2011	322	369	0.87
USF	6	2011	392	382	1.03
USF	8	2011	267	303	0.88
USF	9	2011	172	275	0.63
USF	10	2011	299	366	0.82
USF	11	2011	293	233	1.26
USF	12	2011	162	301	0.54

ANEXO

ANEXO A: Comprovante de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar.

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

PROJETO DE PESQUISA

Título: Avaliação dos procedimentos odontológicos nos modelos assistenciais da Atenção Básica à Saúde do município de São Carlos - SP
Área Temática:

Pesquisador: Lais Valencise Magri

Versão: 2

Instituição: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

CAAE: 01166712.0.0000.5504

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 37862

Data da Relatoria: 14/08/2012

Apresentação do Projeto:

A base de dados secundária (CIS-BPA) em questão não armazena informações referentes aos usuários, como nome, endereço ou qualquer outro tipo de informação, ela armazena apenas informações relativas à quantidade em números absolutos de procedimentos odontológicos realizados

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa estão bem delineados.
"O objetivo do trabalho é avaliar o modo como o exercício da Odontologia vem sendo construído no serviço público através dos procedimentos odontológicos registrados pelas Equipes de Saúde Bucal em uma base de dados secundária municipal denominada CIS-BPA, bem como comparar a prática do cuidado bucal nos dois diferentes modelos assistenciais."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto indica não haver riscos envolvidos com os sujeitos pelo fato de o acesso da pesquisadora ser feito somente em momento posterior e a uma base de dados secundária, sem identificação dos sujeitos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa parece ser relevante na área do conhecimento e para o setor de saúde do município em questão e eticamente adequada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A nova versão da proposta inclui autorização da Instituição co-participante.
Por outro lado, descreve os dados que compõem os documentos a serem pesquisados, afirmando que "a base de dados secundária (CIS-BPA) em questão não armazena informações referentes aos usuários, como nome, endereço ou qualquer outro tipo de informação, ela armazena apenas informações relativas à quantidade em números absolutos de procedimentos odontológicos realizados"

Recomendações:

nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o atendimento às recomendações do parecer anterior, o projeto deve ser considerado aprovado eticamente.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não