

Indicadores de Saúde Bucal da Atenção Básica no Estado do Ceará: Análise Crítica

Pointers of Buccal Health of the Basic Attention in the State of the Ceará: Critical Analysis

Patricia Maria Costa de Oliveira¹, Léa Maria Bezerra de Menezes², Maria Vieira de Lima Santrain³, Paulo César de Almeida⁴, Maria Eneide Leitão de Almeida⁵

Resumo

O monitoramento e a avaliação nos serviços de saúde são etapas imprescindíveis na implantação das políticas de saúde. Neste sentido, este estudo objetivou analisar os indicadores de Saúde Bucal do Pacto da Atenção Básica no Estado do Ceará, verificando o percentual de cobertura populacional por equipes de Saúde da Família (ESF) e Saúde Bucal (ESB) e a apresentação dos indicadores de Saúde Bucal na série histórica proposta. Foram compilados dados referentes à cobertura populacional das ações de Saúde da Família e Saúde Bucal e os indicadores de

Saúde Bucal do Pacto da Atenção Básica preconizados pelo Ministério da Saúde, no âmbito do Estado do Ceará, utilizando-se informações relativas à série histórica entre os anos de 2001 e 2007. No ano de 2001, o Ministério da Saúde iniciou o repasse financeiro para os municípios, como incentivo para a inserção de cirurgiões-dentistas nas equipes de Saúde da Família no Brasil. Os dados foram obtidos em sítio eletrônico do Ministério da Saúde e complementados pelos relatórios do Núcleo de Atenção à Saúde Bucal da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Foram dispostos em tabelas do Programa Excel, sendo consideradas estatisticamente significantes as análises cujo valor de p fosse menor do que 0,05. Tais dados foram processados no Programa SPSS. Os resultados foram analisados por intermédio de regressão linear e associação entre variáveis, cuja análise demonstrou que houve crescimento percentual estatisticamente significativo de cobertura populacional por equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal, porém, não houve melhoria significativa nos indicadores de Saúde Bucal, evidenciando-se sua estagnação no decorrer da série histórica.

1 Cirurgiã-dentista. Doutoranda em Odontologia. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará.

2 Cirurgiã-dentista. Doutora em Radiologia Odontológica. Professora Adjunta das Disciplinas de Saúde Bucal Coletiva e Odontologia Legal da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará.

3 Cirurgiã-dentista. Pós-Doutora em Odontologia. Professora das Disciplinas de Saúde Bucal Coletiva da Universidade de Fortaleza.

4 Estatístico. Doutor em Saúde Pública. Professor da Disciplina de Bioestatística do Departamento de Saúde Pública. Universidade Estadual do Ceará.

5 Cirurgiã-dentista. Doutora em Odontologia Preventiva e Social. Professora Adjunta das Disciplinas de Saúde Bucal Coletiva da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará.

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

Abstract

Monitoring and evaluation of health services are indispensable steps in the process of implementation of health policies. So, this study aimed to analyze the Oral Health Indicators of the Primary Attention Pact within the State of Ceará, checking the percentage of the population assisted by the Family's Health Strategy and Oral Health Program and the presentation of Oral Health Indicators in the historical series proposed. It was compiled data on the population's coverage of the actions of the Family's Health Strategy and Oral Health Program and the Oral Health Indicators of the Primary Care recommended by the Ministry of Health within the State of Ceará. It was used information concerning the historical series between the years 2001 and 2007, when the Ministry of Health began to fund cities, as an incentive for inserting dentist surgeons in the Family's Health teams in Brazil. These data were obtained through the website of the Ministry of Health and complemented by the Oral Health Care Department of the Secretary of Health of the State of Ceará. They were arranged in Excel charts and it was considered statistically significant the differential analyses whose p-value was less than 0.05. The data were processed in the program so-called SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). The data were analyzed using linear regression and association between variables. It was verified that there was percentage growth of population's coverage of the historical series of the Family's Health Teams and Oral Health was statistically relevant. There was no statistically significant improvement in the Oral Health indicators, giving evidence

of the stagnation of the members during the historical series.

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

Introdução

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) resulta de um expressivo movimento de reforma sanitária, inserido no processo de redemocratização do Brasil e que teve na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, um importante marco para o estabelecimento dos novos rumos na reorganização do Sistema de Saúde no país¹.

Dentre os níveis de atenção à saúde no âmbito do SUS, a Atenção Básica está situada no primeiro nível, sendo um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo².

O Programa Saúde da Família (PSF) tornou-se, nos últimos anos, o principal projeto implantado na reorganização dos serviços de Saúde na Atenção Básica. Mais tarde, objetivando orientar a avaliação e monitoramento das ações da Atenção Básica no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde (MS) formulou a proposta de desenvolvimento de pactos da gestão entre as três esferas de governo. Desde a sua implantação, o processo de pactuação tem sido aperfeiçoado, tanto com relação à sua forma de condução quanto aos indicadores selecionados³.

Com a inserção do cirurgião-dentista nas equipes de PSF, efetivamente implantadas em março de 2001⁴, foram concentrados esforços no sentido de se programar práticas voltadas à melhoria das condições de Saúde Bucal dos brasileiros. São necessárias, porém, a avaliação e o

monitoramento de ações referentes às práticas de Saúde Bucal centrados na Atenção Básica.

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

Este trabalho traçou um panorama relativo à série histórica de 2001 a 2007. A escassez de literatura específica e o ineditismo deste estudo no Estado do Ceará demonstram a sua relevância e a possibilidade de se redirecionar as políticas de Saúde Bucal por meio de uma análise de resultados obtidos

Metodologia

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

Análise estatística

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

Os dados foram processados no Programa SPSS.

Aspectos éticos

Não há envolvimento de seres humanos nesta fase da pesquisa. Os dados coletados são de domínio público

Resultados

Cobertura Populacional

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

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

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

Legenda:

r: Coeficiente de correlação.

b: Coeficiente de regressão linear.

p: Coeficiente de significância.

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

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

O crescimento médio da cobertura populacional das equipes de Saúde da Família se deu em uma ordem de 2,46% ao ano, enquanto o mesmo para equipes

de Saúde Bucal obteve aumento anual médio de 9,8%, representados pelos respectivos valores do coeficiente de regressão linear

Indicadores de Saúde Bucal

Na tabela 4, estão dispostos os três indicadores de Saúde Bucal do Pacto da Atenção Básica preconizados pelo Ministério da Saúde no Estado do Ceará no período de interesse da investigação.

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

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

Legenda:

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

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

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

r: Coeficiente de correlação.

b: Coeficiente de regressão linear.

p: Coeficiente de significância.

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

Cobertura de primeira consulta odontológica

A cobertura de primeira consulta odontológica é o indicador que verifica o acesso do usuário às ações e serviços de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.

Acesso é definido como a capacidade das pessoas obterem os serviços necessários⁵.

Este ensaio verificou, no entanto, discreto acréscimo no indicador da cobertura de primeira consulta odontológica entre os anos de 2001

e 2003. Após esse ano, o indicador apresentou decréscimo e permaneceu estável até o ano de 2007, não tendo acompanhado o crescimento percentual da cobertura populacional em equipes de Saúde Bucal.

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

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

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

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

Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais

Este indicador demonstra o percentual de exodontias dos elementos permanentes passíveis de recuperação em relação aos procedimentos básicos totais individuais realizados pela equipe de Saúde Bucal. Sua tendência é de decréscimo à medida que as ações de caráter conservador e de Promoção de Saúde são ampliadas.

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

individuais realizados.

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

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

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

Discussão

Cobertura Populacional

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

Os dados sugerem que o aumento vertiginoso da cobertura populacional pelas equipes de Saúde Bucal, no Estado do Ceará, estaria também relacionado ao empenho dos gestores das três esferas de governo na implementação e consolidação da Política Nacional de Saúde Bucal, objetivando a melhoria da condição bucal da população. Há evidente esforço de garantir a efetividade da Estratégia Saúde da Família.

Segundo Pereira⁶, desde que foi estabelecido o incentivo para a implantação das equipes de Saúde Bucal no PSF, houve um crescimento exponencial do número de

equipes em todo o Brasil. Os achados do estudo confirmam esta tendência também para o Estado do Ceará.

Conforme Narvai⁷, a instalação do SUS, possibilita superar o quadro de fragmentação e centralização das ações de Saúde Pública que predominou no País no século passado.

Indicadores de Saúde Bucal

Cobertura de primeira consulta odontológica

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

Em termos estatísticos, verifica-se, desta forma, uma flagrante estagnação, que pode ter ocorrido em função da demanda reprimida, à margem do atendimento odontológico, prejudicando a implantação e execução das ações baseadas no atendimento programático, ou ainda, devido às falhas no registro das informações sobre as ações executadas.

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

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

estagnação, representada pelo valor do coeficiente b.

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

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

Em 2006, através da Portaria 95 GM/MS de fevereiro de 2006 (p. 37), do Ministério da Saúde, esse indicador foi excluído e, em substituição, o indicador relativo à ação coletiva de escovação dental supervisionada passou a ser utilizado.

As hipóteses relativas à estagnação deste indicador entre os anos de 2001 e 2005 estão embasadas na possibilidade da manutenção da prática tecnicista pelos cirurgiões-dentistas. O entendimento equivocado dos cirurgiões-dentistas quanto à proposição do Ministério da Saúde para o elenco de procedimentos coletivos e, ainda, erros no registro dos dados que alimentam os sistemas de informação, também são hipóteses que justificam.

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

Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais

Dos três indicadores deste ensaio, aquele relativo à proporção de exodontias

em relação às ações odontológicas básicas individuais foi o único que apresentou mudanças significativas na série histórica estudada.

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

É possível que a demanda reprimida tenha prejudicado a execução de procedimentos conservadores, uma vez que a população, devido à falta de acesso a ações especializadas de Saúde Bucal, fica impossibilitada de manter alguns elementos na cavidade bucal.

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

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

É interessante perceber que o advento da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas através da Política Nacional de Saúde Bucal no ano de 2004, teve conseqüências positivas

no indicador de exodontias no Estado do Ceará. Conforme verificado na tabela 4, o indicador tem seu primeiro decréscimo significativo, passando de 13,85% em 2004 para 10,2% no ano de 2005.

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

O que se pode verificar em muitos Estados brasileiros é definido pelas palavras de Pereira et al.⁸, que fazem as seguintes considerações: "O setor de Odontologia continua exercendo uma atividade curativa, baseada no modelo de atenção à Saúde Bucal tradicional / mutilador, e com poucos avanços na prevenção à Saúde Bucal. Portanto, refletindo ainda o modelo flexneriano, permanece como uma prática individual, curativa, tecnicista e autônoma".

Para que a Política de Saúde seja implantada adequadamente em função das necessidades apresentadas pela população, é relevante o monitoramento das ações por meio de indicadores de Saúde Bucal evidentes e precisos, corroborando as considerações de Lucchese⁹.

A valorização da Epidemiologia é imprescindível à compreensão dos determinantes de riscos que condicionam o processo saúde doença.

Indicadores que ensejam dúvidas de compreensão ou não refletem a realidade de trabalho dos profissionais,

não são amplamente discutidos e/ou podem direcionar para ações de saúde equivocadas.

Conclusão

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

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

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

Referências

1. Bleicher L. Saúde para todos, já! Fortaleza: Expressão Gráfica; 2004.
2. Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. Rev. Saúde Pública. 2005;39(6):930-936.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde bucal. Brasília, DF; 2006.
4. Ministério da Saúde. Informe da atenção básica: pacto de indicadores da atenção básica. Brasília, DF; 2003.
5. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família no Brasil. Brasília, DF; 2002.
6. Pereira CRS, Patrício, AAR, Araújo, FAC, Lucena, EES, Lima, KC, Roncalli, AG. Impacto da estratégia saúde da família com equipe

de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(5):985-996.

7. Narvai P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. Rev. Saúde Pública. 2006;40, Especial:141-147.
8. Pereira DQ, Pereira JCM, Assis, MMA. The odontological practice in the basic health units in Feira de Santana, Bahia, in the health municipalization process: individual, autonomous, curative and technical activities. Ciênc. Saúde Coletiva. 2003; 8(2):599-609.
9. Lucchese PTR. Equidade na gestão descentralizada do sus: desafios para a redução de desigualdades em saúde. Ciênc. Saúde Coletiva. 2003; 8(2):439-448

Agência Financiadora:

Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP)

Endereço para correspondência:

Patrícia Maria Costa de Oliveira
Léa Maria Bezerra de Menezes
Paulo César de Almeida
Maria Eneide Leitão de Almeida

Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem

Departamento de Clínica Odontológica
Rua Monsenhor Furtado, s/nº
Bairro Rodolfo Teófilo – CEP: 60.430-350
Fortaleza - Ceará – Brasil

E-mail: patriciaufc@yahoo.com
E-mail: lbezerrademenezes@yahoo.com.br
E-mail: pc49almeida@gmail.com
E-mail: eneideufc@yahoo.com

Maria Vieira de Lima Saintrain
Universidade de Fortaleza, Diretoria do Centro de Ciências da Saúde.

Avenida Washington Soares, n.º 1321
Edson Queiroz – CEP: 60811-905
Fortaleza – Ceará - Caixa-Postal: 1258

E-mail: mariavieira@bol.com.br