

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

JAQUELINE VILELA BULGARELI

AVALIAÇÃO DA RESOLUTIVIDADE EM SAÚDE BUCAL NA
ATENÇÃO BÁSICA E SECUNDÁRIA COMPARANDO OS
MODELOS DE ATENÇÃO EXISTENTES NO MUNICÍPIO DE
MARÍLIA/SP

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA À
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA
UNICAMP, PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE
MESTRE EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA.

ORIENTADOR: PROF. DR. ANTONIO CARLOS PEREIRA

CO-ORIENTADORA: ELAINE PEREIRA DA SILVA TAGLIAFERRO

Este exemplar corresponde à
versão final da Tese/Dissertação
defendida pelo aluno, e orientada
pelo Prof. Dr. Antonio Carlos
Pereira.

Assinatura do Orientador

PIRACICABA 2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
GARDÊNIA BENOSSI – CRB8/8644 - BIBLIOTECA DA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNICAMP

B87a Bulgareli, Jaqueline Vilela, 1980-
Avaliação da resolutividade em saúde bucal na atenção básica e secundária comparando os modelos de atenção existentes no município de Marília / Jaqueline Vilela Bulgareli. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2011.

Orientador: Antonio Carlos Pereira.
Coorientador: Elaine Pereira da Silva Tagliaferro
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Atenção primária à saúde. 2. Eficácia. 3. Acesso aos serviços de saúde. I. Pereira, Antonio Carlos. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para a Biblioteca Digital

Título em Inglês: Assessment of problem solving in oral health in primary and secondary comparing the existing models of care in the city of Marília

Palavras-chave em Inglês:

Primary Health Care

Efficacy

Health Services Accessibility

Área de concentração:

Titulação: Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Antonio Carlos Pereira [Orientador]

Karine Laura Cortellazzi

Silvia de Carvalho Sales Peres

Data da defesa: 07-07-2011

Programa de Pós-Graduação: Odontologia em Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 07 de Julho de 2011, considerou a candidata JAQUELINE VILELA BULGARELLI DE FARIA aprovada.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Antonio Carlos Pereira".

Prof. Dr. ANTONIO CARLOS PEREIRA

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Karine Laura Cortellozzi".

Profa. Dra. KARINE LAURA CORTELLAZZI

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Silvia Helena de Carvalho Sales Peres".

Profa. Dra. SILVIA HELENA DE CARVALHO SALES PERES

665377

Dedico este trabalho à minha família pela compreensão dos momentos ausentes e pela colaboração constante nas profícuas opiniões.

Aos meus filhos, Leonardo e Felipe que são a maior riqueza e grandes amores da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço de todo coração a *Deus* pela vida, por seu amor, bondade e cuidados em todos os momentos presentes.

Aos meus pais Mário e Fátima, pelo apoio incondicional e incentivadores do meu crescimento profissional e pessoal. Amo vocês.

Ao Eduardo Tanajura de Faria, grande companheiro nos momentos de alegrias e dificuldades. Muito obrigada pelo carinho, pela torcida e pela valiosa colaboração para a concretização deste trabalho. O meu mais profundo agradecimento.

À *Olivia Cristina Caseto Furian Diniz*, companheira de trabalho sempre, mas em primeiro lugar amiga, a qual foi incentivadora, apoiadora e presente em todos os momentos de desenvolvimento deste trabalho.

À minha eterna professora e amiga de todas as horas, *Norma Sueli Gonçalves Reche*, que com seus conselhos e olhar ampliado para a saúde bucal coletiva, também esteve presente contribuindo com suas reflexões e ensinamentos para a construção deste trabalho.

De forma especial ao meu orientador, professor *Dr. Antonio Carlos Pereira*, pela plena dedicação e participação ativa e direta neste importante passo a caminho do meu engrandecimento profissional. Obrigada pela confiança.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, na pessoa de seu Diretor *Prof. Dr. Jacks Jorge Junior* onde tive a oportunidade de dar um importante rumo para minha formação acadêmica.

À Secretaria Municipal da Saúde de Marília, na pessoa de seu secretário *Dr. Júlio Cezar Zorzetto* que propiciou a realização deste estudo, o meu muito obrigado.

Aos inesquecíveis amigos conquistados durante as aulas de mestrado, a separação é física, mas vocês estão sempre comigo no coração.

A todas as pessoas que fizeram e fazem parte da minha vida e que contribuíram para a concretização deste trabalho.

“A sua Contribuição para o mundo não deve depender da época em que se colherão os frutos ou de quem irá comê-los. O importante é plantar e saber que um dia alguém será beneficiado.”

Maria Saletti e Wilma Ruggeri

RESUMO

Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A resolutividade dos serviços de saúde é uma forma de avaliação a partir dos resultados obtidos do atendimento ao usuário e, segundo a OMS, um serviço que é “porta de entrada” do sistema de saúde, o qual deveria ser capaz de resolver pelo menos 80% dos problemas de saúde. Este estudo teve como objetivo avaliar a resolutividade das ações de saúde bucal desenvolvidas na atenção básica e secundária do município de Marília/SP durante o período de 2007 a 2009, através do indicador de acesso ao Tratamento Odontológico Inicial (TI), o percentual de cobertura populacional em Tratamento Completado Inicial (TCI) e informações referentes à atenção secundária, com vistas à identificação de qual modelo de atenção, Estratégia Saúde da Família (ESF) ou modelo tradicional instituído nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) apresenta maior eficácia em relação às necessidades em saúde bucal da população. Trata-se de um estudo ecológico do tipo retrospectivo com uma amostra aleatória estratificada de 50% do universo da área de estudo para as 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 37% das 29 Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Marília, sendo sorteadas aleatoriamente 6 UBSs e 11 USFs, respectivamente. Os dados coletados para observação foram levantados através dos relatórios gerenciais dos sistemas de informação, SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), Relatório de Avaliação de Saúde Bucal, Departamento de Coordenação de Saúde Bucal e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), segundo cada unidade de saúde selecionada na amostra. Para analisar a resolutividade dos diferentes modelos de atenção à saúde em relação aos dados da atenção básica (TCI e primeira consulta) e da especialidade de endodontia (agendamento e demanda reprimida), realizou-se análise exploratória dos dados e, a seguir, foi aplicado o teste t de Student. Em relação aos dados das especialidades do CEO, aplicou-se

o teste de Mann Whitney para estudar o percentual de faltas em consulta inicial e abandono do paciente ao tratamento. De acordo com os dados estatísticos dos indicadores da atenção básica (TI e TCI), percebeu-se que as USFs atingiram mais que 80% de resolutividade e as unidades básicas do modelo tradicional obtiveram em média 40%. O percentual de agendamentos e demanda reprimida da especialidade de endodontia foi superior para a USF. Independente do modelo organizacional (UBS / USF) os dados referentes às especialidades do CEO são, de forma generalizada semelhantes, não havendo diferença estatística, no que se refere a acesso, faltas, abandono e resolutividade. Conclui-se que o modelo USF apresentou maior resolutividade em comparação ao modelo UBS, sendo importante avaliar os modelos assistenciais de saúde bucal com a finalidade de orientar o planejamento e a execução de ações indispensáveis para a construção de uma odontologia pública mais resolutiva, de maior eficácia e qualidade, concretizando para a população os princípios do SUS.

Palavras-chave: Avaliação de Serviços de Saúde; Saúde Bucal; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Primary Care is characterized by a set of health actions, both individually and collectively, they cover the promotion and protection of health, disease prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation and health maintenance. The solving of health services is a form of assessment from the results of customer service and, according to WHO, a service that is "front door" of the health system, which should be able to solve at least 80 % of health problems. This study aimed to evaluate the resolution of oral health actions undertaken in primary and secondary care in Marília / SP through the indicator of access to Dental Treatment Initial (TI), the percentage of population coverage in Treatment Completed Initial (TCI) and information relating to secondary care, in order to identify which model of care, the Family Health Strategy (FHS) or traditional model established in the Basic Health Units (UBS) is more effective in relation to health needs mouth of the population. This is an ecological study of the retrospective type with a stratified random sample of 50% of the universe of the study area for 12 Basic Health Units (BHU) and 37% of the 29 Family Health Units (USF) in the city Marilia, and randomly selected 6 and 11 USFs UBS, respectively. According to the statistical indicators of primary care (IT and ICT), it was noticed that the USFs reached more than 80% of problem solving and the basic units of the traditional model had on average 40%. The percentage of unmet demand schedules and the specialty of endodontics was superior to the USF. Regardless of the organizational model (units) data concerning the expertise of the CEO are available generally similar, with no statistical difference in regard to access, misconduct, neglect and resolution. We conclude that the model presented USF better resolution compared to the UBS model, is important to evaluate oral health care models in order to guide the planning and execution of actions necessary for the construction of a dental public more resolute, more effective and quality, putting the population to the principles of the NHS.

Keywords: Evaluation of health services; Primary health care; Oral health

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACC - Associação de Combate ao Câncer

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AMAM - Ambulatório Municipal de Aleitamento Materno

APS – Atenção Primária à Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

CAOIM - Centro de Atendimento à Obesidade Infantil de Marília

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

ceo – Dentes decíduos cariados, perdidos e obturado

CD – Cirurgião-Dentista

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COM – Centro Oncológico de Marília

CPO-D – Dentes cariados, perdidos e obturados

DACA - Departamento de Avaliação, Controle e Auditoria

DIA – Diabete Mellitus

ELB - Estudo de Linha de Base

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

GM/MS – Gabinete do Ministro da Saúde

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HEM - Hospital Espírita de Marília

IAB – Índice de Atenção Básica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica
PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal
PSF – Programa Saúde da Família
PROIID - Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica
SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SMS – Secretaria Municipal da Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS- Unidade Básica de Saúde
USF – Unidade de Saúde da Família
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
TCI – Tratamento odontológico completado
TCM – Tratamento completado de manutenção
TI – Tratamento Odontológico Inicial
TSB – Técnico de Saúde Bucal

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	1
2 – REVISÃO DA LITERATURA.....	7
3 – PROPOSIÇÃO.....	30
4 – MATERIAL E MÉTODOS.....	31
5 – RESULTADOS.....	44
6 – DISCUSSÃO.....	54
7 – CONCLUSÃO.....	64
REFERÊNCIAS.....	65
ANEXOS.....	76

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) criado na Constituição de 1988, fruto do movimento pela reforma sanitária brasileira, regulamentado na Lei Orgânica da Saúde em 1990, incorpora na política de saúde do Brasil os princípios da universalidade (acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção), equidade (tratamento desigual aos desiguais na busca da igualdade) e integralidade, com as seguintes características: existência de uma integração na relação profissional-usuário, abrangendo a totalidade psicofisiológica e social, como um todo indivisível, inserido numa organização institucional que englobe ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 2007).

Nesse momento, os olhares se voltam para o reordenamento do sistema de saúde brasileiro, redefinindo a lógica de acesso dos usuários aos serviços de saúde e o papel da Atenção Primária à Saúde (APS), em especial na “porta de entrada” e coordenação da rede de atenção. Tal pensamento se deve ao entendimento que a sustentabilidade dos sistemas de saúde, baseados nos modelos médico-hospitalocêntricos, apresentava evidente sinal de esgotamento, com questionamento devido à cultura da busca pelo especialista e da livre demanda, onde vários países que restringem o acesso a especialistas ao encaminhamento do médico da APS apresentam repercussões positivas nos custos e na eficiência do sistema (Sampaio & Souza, 2002).

A Política Nacional de Atenção Básica, editada e publicada pelo Ministério da Saúde em 2006, caracteriza a APS por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2006).

Desta forma a APS é demonstrada na literatura como elemento-chave, com

capacidade de influir nos indicadores de saúde e com grande potencial regulador da utilização de recursos tecnológicos de alta densidade tecnológica, garantindo o acesso universal aos serviços que tragam reais benefícios à saúde da população (Brasil, 2007).

Em 1994, quando foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominada Estratégia Saúde da Família (ESF), os serviços de saúde estavam organizados com foco na cura de doenças, priorizando o modelo biomédico de assistência a saúde, conhecido como modelo tradicional de atenção. Nesse momento houve a formação das primeiras equipes de Saúde da Família e incorporação e ampliação da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do então Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) já existentes desde 1991. A composição das equipes era minimamente estruturada por médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e ACSs. Estas equipes buscam uma nova prática assistencial que seja integral na atenção às necessidades em saúde, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e famílias com ações organizadas a partir da territorialização (Brasil, 2002).

Assim, a implantação da Saúde da Família visava a resolução da maioria dos problemas e necessidades de saúde dos indivíduos, famílias e comunidade de um território definido, conforme descrito pela Organização Mundial da Saúde, onde um serviço, que é porta de entrada do sistema de saúde deveria ser capaz de resolver pelo menos 80% dos problemas de saúde (Leyvia-Flores, et al, 1989), ou até 85% da necessidades de saúde, realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde (Starfield, 2000).

Segundo Calado (2002), o PSF se configurou como uma das tentativas de resposta do Ministério da Saúde à crise vivenciada pelo setor saúde nas duas últimas décadas que o antecederam. Foi concebido e implantado em 1994 com o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças.

Desta forma, no município de Marília existem diferentes arranjos organizacionais de APS com vistas à efetividade da resolução da grande maioria dos problemas e necessidades de saúde da população. Na Política Nacional de Atenção Básica são definidos dois modelos de atenção por características diferenciadas principalmente em relação ao número de usuários adscritos na área de abrangência. Para a Unidade Básica de Saúde (UBS) sem USF existe a recomendação do parâmetro de uma UBS para até 30 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária. Nas Equipes da Saúde da Família a equipe multiprofissional é responsável por, no máximo 4.000 habitantes, com média recomendada de 3.000 habitantes (Brasil, 2006).

Assim, antes da implantação da Saúde da Família, as unidades de saúde que desenvolviam assistência em saúde no nível de atenção básica atuavam com vistas à cura de doenças, onde a organização do processo de trabalho priorizava a demanda espontânea, ou seja práticas tradicionais de atenção, as quais ainda permanecem instituídas na vasta rede de atenção básica onde não se encontra a Saúde da Família implantada, principalmente no Estado de São Paulo, um dos estados com menor cobertura populacional de Saúde da Família no Brasil.

Quando da criação da Saúde da Família, a Equipe de Saúde Bucal (ESB) não foi incluída na composição da equipe, a qual foi regulamentada apenas no ano de 2000 através da Portaria GM/MS nº 1.444, de 28/12/2000, com criação de incentivo financeiro, havendo a definição de uma ESB por equipe de Saúde da Família no ano de 2001, pela Portaria GM/MS nº 267 de 06/03/2001. O objetivo desta regulamentação foi o de alterar a prática odontológica existente na atenção básica até então e fazer com que o trabalho das ESB na Saúde da Família estivesse voltado para a reorganização do modelo de atenção e para a ampliação do acesso às ações de saúde, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento de vínculo territorial (Brasil, 2001).

Na Saúde da Família, as ESBs são classificadas em modalidade I com composição básica de Cirurgião-Dentista (CD) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), com trabalho integrado a uma ou duas ESFs e, conforme a Portaria nº 3.066 de 23

de dezembro de 2008 (MS, 2008), com incentivo de R\$ 2.000,00 a cada mês, por equipe e em modalidade II composta de Cirurgião-Dentista, Auxiliar de Saúde Bucal e Técnico de Saúde Bucal (TSB), com trabalho integrado a uma ou duas ESFs com incentivo de 2.600,00 a cada mês, por equipe.

Considerando a história da Saúde Bucal no Brasil é importante destacar que os resultados do primeiro levantamento epidemiológico em Saúde Bucal em escolares de 6 a 12 anos, realizado em 1986, demonstraram uma média de 6,65 de CPO-D aos 12 anos, colocando o país como um dos campeões mundiais de cárie dentária. Tais resultados desencadearam no decorrer do tempo o desenvolvimento de programas de saúde bucal, a fim de enfrentar e reverter esta preocupante situação (Ferreira, 1998; Brasil, 2009).

Fica evidente o avanço obtido com ações em saúde bucal no Brasil já no levantamento epidemiológico nacional realizado em 2002/2003, onde o índice de prevalência de cárie, aos 12 anos de idade, foi de 2,78 (Brasil, 2004), sendo que no último levantamento epidemiológico realizado no ano de 2010 este índice foi de 2,1, atingindo assim a meta da Organização Mundial da Saúde (CPO entre 1,2 e 2,6). Desta forma este índice colocou o Brasil entre os países com baixo índice de prevalência de cárie, sendo que o resultado do CPO obtido é melhor que a média dos países da América do Sul, que é de 2,8 (Brasil, 2010).

Ainda foi identificado uma redução de 30% no CPO-D na faixa etária de 15 a 19 anos, em relação ao levantamento realizado em 2002/2003, sendo que o acesso das pessoas entre 35 e 44 anos aumentou significativamente, haja vista que o índice de dentes obturados no levantamento de 2010 foi de 7,1 frente aos 4,2 em 2002/2003, havendo diminuição no índice dos dentes cariados de 2,7 para 1,9 e nos dentes perdidos de 13,2 para 7,3 (Brasil, 2010).

Narvai (2001) comenta que, mesmo com o MS afirmando que com a inserção da saúde bucal no PSF objetiva-se garantir a atenção integral aos indivíduos e às famílias, argumenta-se em sentido contrário que, na prática, o PSF tem ficado restrito apenas à atenção básica, contrariando outro princípio constitucional: o do atendimento integral, que pressupõe acesso a todos os níveis

de atenção, acesso este não assegurado em todos os lugares onde o PSF vem sendo implantado.

Considerando o processo histórico da saúde bucal no Brasil, como já dito, marcada pela deficiente assistência odontológica pública causando superlotação dos postos de atendimento odontológico e grande limitação do acesso da população aos serviços prestados, se fazia necessária a construção de uma Política Nacional de Saúde Bucal, a qual foi editada e vem sendo incentivada pelo Governo Federal desde o final de 2003 com a intitulação: Programa Brasil Sorridente (Junqueira *et al.* 2004).

O Brasil Sorridente é um programa que engloba diversas ações e busca melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. De acordo com o Plano Nacional de Saúde, Mais Saúde-Direito de Todos 2008-2011, espera-se investir R\$ 2,5 bilhões de reais na ampliação e custeio do programa, aumentando as equipes de saúde bucal de 16.500 em 2007 para 24.000 em 2011, significando um aumento de 41% para 70% na cobertura da população, além de aproximadamente R\$ 400 milhões para a implantação de mais 400 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (Brasil, 2008).

No âmbito da assistência, esta política apresenta diretrizes que apontam, fundamentalmente, para a ampliação e qualificação da atenção em saúde bucal na atenção básica, através da realização de atividades de promoção, prevenção, assistência e reabilitação, possibilitando o acesso à todas as faixas etárias, assegurando atendimentos nos demais níveis de atenção através da implantação do CEO (Brasil, 2006).

Entretanto, apesar da expansão do número de ESB e da implantação do CEO, questiona-se, atualmente, se houve aumento quantitativo ou mesmo alguma mudança nos tipos de procedimentos oferecidos à população com a introdução da ESB na ESF, pois se observa que a atenção à saúde bucal no Brasil tem-se caracterizado pela insuficiência de procedimentos coletivos e preventivos individuais e pela baixa cobertura de procedimentos curativos e de urgência.

Desta forma, faz-se necessário a realização de estudos que efetivamente

demonstrem os resultados e o impacto das ações odontológicas realizadas pelas ESBs na ESF em relação às ações desenvolvidas por outros arranjos organizacionais existentes nos serviços de atenção básica à exemplo do modelo tradicional ainda existente na maioria dos municípios paulista.

Para o monitoramento e avaliação das políticas, programas e ações desenvolvidos em saúde bucal, os indicadores de saúde são ferramentas fundamentais, que podem ser definidos como representações (numéricas ou não) que nos permitem elaborar um conhecimento sobre uma determinada situação de saúde (Botazzo, 2008).

Além dos indicadores do Ministério da Saúde é importante ressaltar que cada município, conforme suas necessidades e peculiaridades, deve discutir junto à população e aos profissionais de saúde bucal outros indicadores com vistas à melhoria da situação de saúde bucal desta população (Brasil, 2007).

O conceito de resolutividade foi utilizado em investigação realizada na década de 80 para analisar as características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo e relacionava-se à resolução final dos problemas trazidos ao serviço e à satisfação dos clientes e do médico (Gonçalves, 1994). Conforme a Portaria GM/MS 3.925/98, resolutividade pode ser entendida ainda como a eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde, através da assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade à população adstrita, no domicílio e na unidade de saúde, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de risco aos quais essa população está exposta (Brasil, 1998).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1- Atenção Primária à Saúde no contexto do SUS

Partindo da premissa de que para discutirmos Atenção Primária à Saúde (APS) é necessário resgatar o processo de construção do direito à saúde, importante se torna pontuar o cenário pós segunda guerra mundial, período em que houve diversas mobilizações das sociedades em todo o mundo, com questionamentos no que tange as condições das pessoas e a necessidade de garantia dos direitos humanos. Desta forma em vários países, através de seus governos, passaram a discutir e efetivamente concretizar os direitos sociais como responsabilidade do Estado.

No ano de 1948 foi editada a Declaração dos Direitos Humanos, a qual de acordo com as análises de Sussekind (Silva, 2006) estabelece os direitos sociais e explicita o direito à saúde:

“Art. XXV – todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito a segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.”

Esta declaração, desde então, vem influenciando os ordenamentos jurídicos no mundo, como norteadores de políticas de Estado que assegurem os direitos de sobrevivência à pessoa. Entretanto é preciso transparecer que a conquista dos direitos sociais, em especial da saúde, só pode ser efetivada na prática social por meio de políticas de responsabilidade estatal para a concretização da igualdade em situações reais.

A declaração de Alma-Ata (Brasil, 2004) condensou as discussões acerca das estratégias a serem adotadas no contexto mundial, com o intuito de proporcionarem um nível de saúde para todos, independentemente de classe

social, ofertando uma nova abordagem na organização e racionalização dos recursos existentes nos cuidados primários à saúde. Considera-se esta declaração um marco, na busca pelo reordenamento dos sistemas de saúde, capazes de contemplar as necessidades mais complexas que fazem parte do contexto social, político e econômico das populações, inserindo a participação comunitária como essencial para esse modelo.

O documento final da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde em Alma-Ata, em 1978 define atenção primária como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (Starfield, 2004, p. 30).

Esta abordagem propôs um entendimento no que se refere aos cuidados fundamentais que efetivamente deveriam ser garantidos a todas as pessoas, como primeiro encontro no processo de atenção à saúde, cuja apreensão ultrapassaria os limites do setor saúde, na medida em que tais métodos e tecnologias seriam implementados nos serviços de proteção, prevenção e reabilitação, e nos níveis de atenção que demandam dos vários setores sociais.

A garantia do acesso à saúde para todas as pessoas foi estabelecida como meta, apresentando a APS como primeiro nível de contato com os serviços, constituindo-se no início de um processo hierarquizado de atenção.

Nesse contexto, esse movimento se tornou desencadeador, em todo o mundo, da construção do direito à saúde, por meio de reivindicações que emergiram de movimentos sociais e das necessidades que vão se apresentando em diferentes cenários frente a globalização. A situação brasileira é parte deste global, com sua especificidade, que envolve determinações econômicas, políticas, sociais e culturais.

O Projeto pela Reforma Sanitária brasileira ao qual também passa a ser construído no final da década de 1970, busca concretizar um sistema de saúde orientado pelo direito fundamental do ser humano e responsabilidade do Estado em prover e garantir a saúde, através de políticas econômicas e sociais integrativas, a qual se efetivou na aprovação de um Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, mais tarde regulamentado na Lei Orgânica da Saúde em 1990 (Brasil, 2006).

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal. O Artigo 7º da Lei 8.080/90 (Barros, 2002) dispõe sobre os princípios e diretrizes do SUS obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III – preservação da autonomia da pessoa na defesa de sua integridade física e moral;
- IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre suas vidas;

- VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII – participação da comunidade;
- IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (....)

Desta forma as proposições contidas para o SUS incorporam o princípio da universalidade, ao mesmo tempo em que defende a equidade, integralidade, diretrizes de descentralização e participação social e da atualização de identidade das lutas de saúde no país (Oliveira, 2005).

Passa-se a pensar então no reordenamento do sistema de saúde, redefinindo a lógica de acesso dos usuários aos serviços e o papel da APS na rede de atenção. A produção de Starfield aponta este novo caminho (Pereira, 2003).

Assim, o primeiro contato que se dá na rede seria a “porta de entrada”, que traduz a capacidade de garantir o acesso e a utilização dos serviços de saúde às pessoas que demandam atenção e implica na maior proximidade possível entre as instituições de saúde e a comunidade.

Starfield (2004) refere que a atenção primária oferece a entrada no sistema de saúde para as novas necessidades e problemas, fornece continuidade na atenção ao indivíduo, coordena e integra a atenção oferecida em outro local ou por terceiros. Assim, a atenção primária orienta o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, organiza e racionaliza o uso dos recursos, básicos e especializados, direcionados para a promoção, melhora e manutenção da saúde.

Um dos conceitos de atenção primária utilizados na literatura e citados por Andrade *et al.* (2006) é caracterizado por:

Estratégia flexível, caracterizada através de um primeiro contato entre pacientes e equipe de saúde, que garante uma atenção integral oportuna e sistemática em um processo contínuo; sustentada por recursos humanos cientificamente qualificados e capacitados; a um custo adequado e sustentável, que transcende o campo sanitário e inclui outros setores; organizada em coordenação com a comunidade e concatenada com os demais níveis da rede sanitária, para proteger, restaurar e reabilitar a saúde dos indivíduos, das famílias e da comunidade, em um processo conjunto de produção social de saúde – mediante um pacto social – que inclui os aspectos bio-psico-sociais e do meio ambiente; e que não discrimina a nenhum grupo humano por sua condição econômica, sociocultural, de raça ou sexo (Lago & Cruz, 2006).

Ainda em relação ao conceito de APS, Mendes (2002) apontou que a concepção de complexidade crescente no sistema e saúde, leva a uma distorção do entendimento de APS, pois sugere que a APS apresenta menor complexidade do que a secundária e assim por diante, sendo que a complexidade se refere única e exclusivamente à densidade tecnológica utilizada no diagnóstico e tratamento das enfermidades. O sistema de rede integrado apresenta um formato de rede horizontal e, sem a hierarquização, os serviços são vistos como pontos de atenção à saúde com diferentes densidades tecnológicas.

É importante destacar que no Brasil a nomenclatura utilizada para descrever APS, é diferente da terminologia descrita na literatura internacional, sendo que o Ministério da Saúde adotou o termo atenção básica.

Para o Ministério da Saúde a atenção básica à saúde pode ser entendida como o primeiro nível de atenção à saúde o qual atende os agravos mais freqüentes e relevantes da população utilizando tecnologia de baixa densidade, considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (Brasil, 2006).

A terminologia, atenção básica, utilizada pelo Ministério da Saúde se deve à necessidade de diferenciar a proposta da Saúde da Família e dos “cuidados primários de saúde” interpretados como política de focalização e atenção primitiva a saúde (Testa, 1987), entendendo que mesmo com a concepção nacional ampliada, abrangente e inclusiva de atenção básica, ainda pode-se ver no vasto território brasileiro a APS focalizada e excludente acontecendo na prática, no país. Assim o Ministério da Saúde adotou a nomenclatura atenção básica para definir APS tendo como sua estratégia principal a Saúde da Família (Brasil, 2007).

Segunda a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no Brasil, descrita na Portaria GM/MS 648/2006, a atenção básica fundamenta-se no acesso universal e continuado aos serviços de saúde que sejam resolutivos e de qualidade; na integralidade em seus diversos aspectos (trabalho interdisciplinar, articulação entre ações de promoção, de prevenção e curativas, coordenação do cuidado e integração entre demanda espontânea e programada), no desenvolvimento do vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários com vistas à longitudinalidade do cuidado; na valorização dos profissionais de saúde; na avaliação e monitoramento sistemático dos resultados alcançados no processo de planejamento e programação do sistema de saúde; e no estímulo à participação popular e controle social (Brasil, 2006).

Portanto para a operacionalização da PNAB, o Ministério da Saúde utiliza então como estratégia prioritária a Saúde da Família alicerçada nos princípios do SUS.

2.2- Histórico dos Modelos de Saúde Bucal no Brasil

Da mesma forma que na assistência em saúde de forma geral no Brasil, antes da criação do SUS, a atenção odontológica pública, tinha como público os trabalhadores contribuintes ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), por meio de convênios e credenciamentos do Estado com o setor privado, tendo baixa resolutividade, pois em adultos

executava-se basicamente exodontias (Oliveira, 1997).

Como já dito antes, apenas com a Constituição Federal de 1988 o acesso universal aos serviços de saúde foi garantido, representando assim “o rompimento com a lógica da assistência vinculada aos interesses do patronato com a ação curativista” (Pires, 2004).

Do início do século XX até 1950, a saúde bucal no Brasil caracterizou-se estritamente pela atuação de dentistas práticos pela reprodução no serviço público de atenção individualista à exemplo dos consultórios particulares e atendimento de urgência em instituições filantrópicas (Fisher, 2008).

Na década de 50, surgiu o Sistema Incremental, desenvolvido pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fundação SESP), como proposta de prestação de serviços odontológicos diferenciados, programados e sistemáticos, contrapondo-se ao sistema de livre demanda até então instituído. Embora tenha sido criado para desenvolver assistência a toda população, tornou-se um exemplo de ação aos escolares de 6 a 14 anos, caracterizando-se como modelo misto (preventivo-curativo) enfatizando as ações restauradoras e colocando em segundo plano ações educativas e preventivas (Nickel, 2008).

Mesmo com as críticas ao modelo incremental, como odontologia simplificada, teve grande importância na odontologia, pois foi um marco da programação dos serviços público odontológico, tendo efetivado a hegemonia da livre demanda presente nos consultórios odontológicos. Frente a novos conhecimentos sobre a prevenção e controle de cárie além dos resultados epidemiológicos insatisfatórios em todo o Brasil, surge a Odontologia Integral ou Incremental Modificada que enfatiza a prevenção, reconhece a cárie como doença infecto-contagiosa e institui o retorno programado para manutenção preventiva e utiliza a idéia de equipe odontológica representada pelo Cirurgião-Dentista, Técnico de Higienização Dentário e pelo Auxiliar de Consultório Dentário (Zanetti, 1996).

Ao final da década de 80 surge o Programa de Inversão da Atenção, que contrariou as ações curativas do Sistema Incremental e da Odontologia Integral,

descentralizando a atenção curativa clássica, buscando estabilizar o meio bucal para a eficácia dos métodos preventivos. Sua estrutura organizativa se adapta a doutrina do SUS, sendo que somente após se controlar a doença se inicia o tratamento restaurador definitivo, reabilitação oral e ampliação da cobertura populacional. A organização do modelo ocorre em fases ordenadas de procedimentos: estabilização, reabilitação e declínio (Oliveira, 1997). Tornou-se um modelo oposto ao tratamento cirúrgico-restaurador, enfatizando medidas preventivas para o controle da doença cárie.

Existem críticas quanto a abrangência desse programa. Segundo Zanetti & Lima (1996) esse modelo necessita de um coletivo restrito para atuar e, mais uma vez, as escolas e creches foram alvos do atendimento odontológico, contrariando conseqüentemente os princípios de universalidade, integralidade e equidade, já que apenas um grupo populacional é atingido.

A Atenção Precoce foi outro modelo difundido em odontologia, que propunha o atendimento à crianças na primeira infância com idade inferior a seis anos (Guimarães, 2003). Trouxe uma nova reflexão junto à população e profissionais de saúde sobre a importância da prevenção da cárie ainda na dentição decídua (Oliveira, 1999; Valter, 1991). A primeira experiência desse modelo ocorreu em 1985 na Universidade Estadual de Londrina/PR com a criação da Bebê-Clínica (Baldani, 2003). Na clínica de bebês a metodologia desenvolvida engloba duas fases principais: a fase educativa em que os pais recebem informações sobre saúde bucal, o funcionamento do programa e a fase preventiva na qual a criança recebe o atendimento clínico com retorno previsto a cada dois meses (Valter, 1991).

A avaliação deste modelo apontou para a redução do índice de cárie na clientela específica na idade assistida e nas idades subsequentes incluindo os escolares de seis anos de idade, época importante devido ao irrompimento do primeiro molar permanente (Nickel, 2008). Esta redução, provavelmente, está relacionada à prevenção e educação em saúde bucal. A eficácia do modelo é questionada pela sua individualidade de ação semelhante às encontradas nos

modelos anteriores, não efetivando os princípios do SUS em saúde bucal.

Os modelos assistenciais pautados até então, eram caracterizados por responderem as necessidades de determinadas faixas etárias da população brasileira, reforçando uma prática exclusiva para as “gerações futuras” e mutiladoras para as populações adultas, além de serem desconectados com os demais modelos de atenção a saúde (Junqueira, 2004).

A partir do movimento pela reforma sanitária ao final da década de 80 que desencadeou o surgimento do SUS, necessitou-se construir uma nova perspectiva, mais politizada em odontologia e da atenção em saúde bucal conforme os princípios do SUS que se tornaram as tarefas históricas da Saúde Bucal Coletiva. Ocorre neste período expansão da fluoretação das águas de abastecimento público, além da busca da atenção aos adultos com a inclusão da saúde bucal nas unidades básicas de saúde. No ano de 1986, ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde e, paralelamente, a I Conferência Nacional de Saúde Bucal em cujo Relatório Final consta que:

A Saúde Bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, estando diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação" e que "a luta pela saúde bucal está intimamente vinculada à luta pela melhoria de fatores condicionantes sociais, políticos e econômicos, o que caracteriza a responsabilidade e dever do Estado em sua manutenção (Rose, 2001).

Em meio a este movimento, em 1986 foi realizado o primeiro levantamento epidemiológico nacional em Odontologia. A pesquisa foi realizada em crianças, adolescentes, adultos e idosos obtendo dados relativos à cárie dentária, doença periodontal e acesso a serviços (Peres, 2003).

Em 1993 ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde Bucal, a qual representou um dos mais importantes fóruns de discussão da Saúde Bucal no

Brasil, momento que ficou marcado pela indignação com o projeto neoliberal em curso no Brasil responsável pelo desmonte do Estado, da Seguridade Social e pela piora das condições de vida. Foram aprovadas diretrizes e estratégias políticas para a Saúde Bucal, levando-a em conta como direito de cidadania.

O Ministério da Saúde focado no processo então iniciado de reversão do modelo de atenção em saúde estabelece no ano de 1994 a Estratégia Saúde da Família e, em 1996, com vistas a um referencial para o desenvolvimento das ações preventivas, foi realizado o segundo levantamento epidemiológico, na população de 6 a 12 anos.

No ano de 2001, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios revelou que quase 30 milhões de brasileiros (20%) nunca tiveram acesso a qualquer serviço odontológico. A partir desta realidade ocorre um marco histórico para a Odontologia com a edição e publicação da Portaria GM/MS 1444/2000 que estabelece incentivos financeiros para a inserção da equipe de saúde bucal e a Portaria GM/MS 267/2001 que regulamenta a Portaria 1444, definindo as diretrizes e normas da inclusão das ações de saúde bucal no PSF (Fischer, 2008).

Frente aos resultados do maior levantamento epidemiológico em saúde bucal já executado no Brasil, realizado em 2003, se possibilitou o planejamento que culminou com a instituição do Programa Brasil Sorridente como Política nacional de Saúde Bucal pelo Ministério da Saúde, superando o histórico abandono e a falta de compromisso com a saúde bucal da população.

Com a visão integral do processo saúde-doença, a Política Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente propõe a reorientação do modelo de atenção apoiada numa adequação do sistema de trabalho das equipes de saúde bucal com a humanização do processo de trabalho, além de pressupostos que caracterizam-se por qualificação da Atenção Básica (qualidade e resolutividade), integralidade das ações, utilização da epidemiologia e das informações sobre o território subsidiando o planejamento, acompanhamento do impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, ampliação do acesso entre outros. Segundo Junqueira, Frias & Zilbovicius (2004), a equipe de saúde, em

conjunto com os demais setores da sociedade, deve participar da construção da consciência sanitária, numa movimentação que transcende a dimensão técnica da odontologia, para ampliar racionalmente o acesso a uma assistência em saúde bucal integralizada, onde as “linhas do cuidado” (da criança, adolescente, adulto e idoso) tenham fluxos enfatizando-se o acolhimento, a informação, o atendimento e o encaminhamento (referência e contra-referência) para que resulte em ações resolutivas.

Assim esta discussão culminou em 2004 na realização da III Conferência Nacional de Saúde Bucal cujo tema foi “*Acesso e qualidade superando a exclusão social*”, tendo destaque quatro principais eixos a serem incorporados na atenção em Odontologia: 1) educação e construção da cidadania; 2) controle social, gestão participativa e saúde bucal; 3) formação e trabalho em saúde bucal; 4) financiamento e organização da atenção em saúde bucal (Brasil, 2004).

É importante ressaltar no que diz respeito à temática do financiamento em saúde bucal, o relatório final da conferência, o qual destacou a necessidade de rever a EC 29 (Emenda Constitucional), que estabelece os percentuais mínimos obrigatórios para o financiamento da saúde em cada esfera de governo, bem como aumentar os valores repassados pelo SUS aos municípios, por meio do Piso da Atenção Básica (PAB), o que garantiria assim os custeios das ações de saúde bucal.

Em relação à organização de um modelo de atenção em saúde bucal, definido no último capítulo do relatório da conferência, se considera necessário a ampliação e incorporação definitiva das equipes de saúde bucal na equipe mínima da Saúde da Família, reafirmando que:

Na odontologia, a viabilização de uma nova prática em saúde bucal para a dignificação da vida e a conquista da cidadania, depende do desenvolvimento de um modelo de atenção em saúde bucal orientado pelos princípios da universalidade do acesso, da integralidade, da equidade e caracterizado pela resolubilidade das ações que realiza (Brasil, 2004).

Importante destacar que nas diretrizes da PNSB, com vistas à ampliação e qualificação da assistência, é necessária a inclusão das equipes de saúde bucal na Saúde da Família para garantir o acesso à atenção básica, sendo que para incentivar esta implantação o Ministério da Saúde promove a distribuição de insumos para as ESBs realizarem procedimentos restauradores e preventivos além do fornecimento de equipamento odontológico completo, conforme descrito na Portaria GM/MS 2.372/09 (07/10/2009) para cada nova ESB incorporada na ESF. Faz-se necessário também a estruturação da atenção no nível secundário e terciário, para efetivamente garantir a integralidade, os quais também têm incentivos financeiros pelo MS, como exemplo, a implantação dos CEOs distribuídos em todos os estados brasileiros. Essas ações são importantes para que ocorram de fato mudanças na prática odontológica.

2.3- Avaliação em Saúde

A avaliação é descrita como o ato de determinar a qualidade, valor e mérito de alguma coisa, é a emissão de um juízo de valor sobre determinada intervenção com critérios e referenciais explícitos, utilizando-se dados e informações construídos ou já existentes, visando à tomada de decisão (Furtado, 2006).

Para Malik & Schiesari (1998), a avaliação não se define exclusivamente como um julgamento, a emissão de juízos de valor implica em um julgamento imbricado no processo avaliativo, e não a sua definição. Esses autores relatam também que acreditam que o processo de avaliação torna-se crítico e reflexivo, possibilitando oportunidade de aprendizado, quando ele é contínuo (realmente um processo) e não um evento único, transformado em uma “sessão de maquiagem” para transparecer uma positividade, às vezes inexistente, do objeto.

Tanaka & Melo (2001) e Calvo & Henrique (2006) acreditam que a avaliação deve ser um elemento cotidiano do trabalho em saúde, com finalidade de orientar o planejamento e a execução das ações. A consolidação do processo avaliativo é uma importante ferramenta de gestão nas esferas de governo, e

quando incorporada às práticas dos serviços de saúde subsidia o planejamento, auxilia na tomada de decisões e na formação dos sujeitos envolvidos no processo.

Na literatura há trabalhos que descrevem quatro aspectos da avaliação: eficiência, eficácia, efetividade e relevância. Para Sander (1984) eficiência é um critério associado à racionalidade econômica e à produtividade, significa produzir o máximo de resultados com o mínimo de recursos. A eficácia é um critério institucional que revela a capacidade administrativa para alcançar as metas estabelecidas ou os resultados propostos. O conceito de efetividade supõe um compromisso real e verdadeiro com o alcance dos objetivos sociais e com o atendimento das demandas políticas da comunidade. Por fim, a relevância é o critério cultural que mede o desempenho administrativo em termos de importância, significação, pertinência e valor.

A partir do ano de 1990, tem crescido a pressão da sociedade, de governos e de agências financiadoras por avaliação regular dos resultados das políticas de saúde e dos investimentos públicos. Segundo Brasil (2004) e Hartz (2005) nos Estados Unidos, desde 1993, há a exigência legal de planejamento estratégico e avaliação de desempenho para todas as atividades governamentais, incluindo a pesquisa.

Segundo Facchini (2008) na última década, também cresceu a utilização de avaliações em saúde para justificar estratégias e programas, auxiliar na racionalização dos gastos públicos, subsidiar a elaboração de ações setoriais e a difusão de seus resultados.

2.3.1- Avaliação das ações de saúde bucal

O processo de monitoramento e avaliação na atenção básica teve início através do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, concebido como um instrumento nacional de monitoramento das ações e serviços de saúde referentes a este nível de atenção. Foi instituído pela portaria GM/MS nº 3925 de 1998, que regulamenta o processo de acompanhamento e avaliação da atenção básica

(Brasil, 1998).

Desde a sua implantação, o processo de pactuação tem sido aperfeiçoado, tanto com relação à sua forma de condução quanto aos indicadores selecionados para avaliação. Com o Pacto pela Saúde, em 2006, os indicadores da atenção básica pactuados, continuam sendo monitorados e avaliados pelo instrumento do Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde – Pacto unificado, instituído pela portaria GM/MS nº 91/07 que unificou os processos de pactuação utilizados até esta data (Brasil, 2007).

Os indicadores de avaliação em saúde bucal no decorrer do processo de aperfeiçoamento do monitoramento e avaliação foram sendo modificados, frente aos objetivos elencados para as ações definidas em relação às necessidades de saúde bucal existentes. Assim sendo, a Portaria nº 3925/98 apresentava um indicador de saúde bucal: cobertura dos procedimentos odontológicos na população de 0 a 14 anos, sendo que com a unificação do processo de pactuação através da Portaria GM/MS nº 91/2007 os indicadores definidos para avaliação em saúde bucal foram: cobertura de primeira consulta odontológica programática, Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada e média de procedimentos odontológicos básicos individuais, havendo sido excluído do processo de avaliação o indicador proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais (Brasil, 2007).

Dentre os indicadores citados neste estudo, avaliou-se o indicador principal (código SIA/SUS = 03.01.01.015-3), procedimento que informa o acesso ao tratamento odontológico e caracteriza-se por um exame clínico, com vistas à elaboração de um plano de tratamento. Este procedimento reflete, em percentual, a proporção de habitantes que recebeu a primeira consulta odontológica, para realização do tratamento odontológico no âmbito da atenção básica, com periodicidade de uma consulta/ano.

A Portaria GM/MS nº 3.840 de 07/12/2010 inclui a saúde bucal no monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e estabelece as diretrizes, orientações e prazos do processo de ajuste de metas para o ano de 2011,

sendo o instrumento mais recente para o acompanhamento e avaliação da saúde bucal. Nesta portaria são elencados apenas dois indicadores: cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família e Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada, haja vista os objetivos de ampliar o número de ESB na ESF e aumentar a prevenção das principais doenças bucais, a cárie dentária e a doença periodontal (Brasil, 2010).

Tanaka & Melo (2001) acreditam que os indicadores irão variar conforme as necessidades do objeto da avaliação e devem ser escolhidos para que apontem os problemas realmente relevantes para os envolvidos na avaliação. Já Pereira (2006) complementa que a utilização de um único indicador não permite o amplo conhecimento de uma realidade, por isso a associação de vários deles facilita a compreensão do que se está avaliando.

2.3.2- Sistema de informação em saúde bucal

Os Sistemas de Informação em Saúde são unidades de produção, análise e disseminação de dados, constituindo-se em importante componente do Sistema de Saúde. Têm o propósito de subsidiar a elaboração e avaliação de políticas, de planos e programas de saúde, na medida em que possibilitam o acompanhamento da situação de saúde da população, através de indicadores (Rio Grande do Sul, 2007).

Utilizando o sistema de informação é possível identificar situações de saúde/doença nas populações, a magnitude dos problemas de saúde, os possíveis fatores de risco e a detecção de epidemias. A partir do conhecimento desta realidade permite-se uma avaliação qualitativa da eficácia das intervenções e dos impactos das práticas sanitárias (Rio Grande do Sul, 2007).

Com a implantação da NOB SUS 1993 os Estados assumiram funções mais complexas no gerenciamento dos sistemas de informações, entre eles o Sistema

de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), na elaboração e supervisão da programação físico-orçamentária dos serviços ambulatoriais, na consolidação e crítica do faturamento ambulatorial e hospitalar a ser apresentado ao Ministério da Saúde para pagamento (Levcovitz, 2001).

Os sistemas nacionais que registram os procedimentos realizados pelas equipes de saúde bucal são o SIA-SUS (Sistema de Informação Ambulatorial do SUS) e o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica).

O SIA-SUS foi implantado na década de noventa e tem como objetivo selecionar dados e transformá-los em informação para implementar os processos de decisão, planejamento, financiamento e avaliação do sistema de saúde (Ferreira, 2001 apud Nickel, 2008). Este sistema permite o registro das informações referentes aos procedimentos odontológicos realizados em ambiente ambulatorial. Os procedimentos são registrados por meio de códigos específicos e podem ser do tipo básico – aqueles realizados no âmbito da atenção básica, e do tipo especializado – aqueles desenvolvidos na atenção secundária e terciária.

Dessa forma, a consulta ao SIA-SUS permite um acompanhamento da produção ambulatorial odontológica, assim como a busca de dados para efetuar o cálculo dos indicadores quantitativos odontológicos que auxiliam na avaliação da organização da saúde bucal nos municípios. As informações em saúde seguem um fluxo longo nas diversas instâncias de gestão, desde o seu registro na ponta do sistema de saúde (dado primário) até a sua disponibilização para consulta pública no site do Ministério da Saúde.

No ano de 1998 foi criado o SIAB, com a finalidade de registrar as informações referentes às ações desenvolvidas na atenção básica pelas equipes da estratégia Saúde da Família e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Nele é possível obter informações a respeito de cadastramento de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde da população acompanhada, produção e composição das equipes de Saúde da Família, de

Saúde Bucal e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Rio Grande do Sul, 2007).

Apesar do intuito deste sistema ser divulgar informações de produção das equipes da Estratégia Saúde da Família, o SIAB não apresenta informações da produção ambulatorial das equipes de Saúde Bucal. Somente as ações coletivas de saúde bucal desenvolvidas são informadas neste sistema.

2.4- Trabalhos de avaliação atuais

Grande parte dos artigos encontrados na literatura que se referem a avaliação em saúde, dedicam-se ao estudo de um programa ou serviço específico, ao diagnóstico da situação de serviços de saúde, estudo de casos sobre a implantação de política pública ou programa e avaliação da implementação da ESF (Almeida & Macinko, 2006; Nickel, 2008). Embora tenham sido publicados vários trabalhos de avaliação, nota-se que as pesquisas são escassas quando se avalia as ações em saúde bucal, principalmente quando se compara os modelos de atenção.

No âmbito da atenção básica os estudos de avaliação em saúde bucal publicados são a respeito de experiências exitosas ou estudos de casos nos diversos municípios do país (Chaves, 2007; Nickel, 2008).

O artigo que intitula-se “Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial” de autoria de Souza & Roncalli (2007) teve como objetivo avaliar a incorporação da saúde bucal no Programa Saúde da Família no Rio Grande do Norte, com base na análise de fatores capazes de interferir no processo de mudança dos modelos assistenciais em saúde bucal. A avaliação deste estudo tomou como referência três dimensões: o acesso, a organização do trabalho e as estratégias de programação. Na amostra deste estudo foram sorteados 19 municípios no estado, com diferentes portes populacionais: até 10 mil habitantes, de 10-20 mil habitantes, 20-50 mil habitantes e mais de 50 mil habitantes, utilizando como instrumento de coleta a entrevista

estruturada aplicada a gestores e dentistas, a observação estruturada e a pesquisa documental. Nos resultados foi possível identificar precariedade nas relações de trabalho e dificuldades no referenciamento para média e alta complexidade, na intersetorialidade, no diagnóstico epidemiológico e na avaliação das ações, sendo que a maioria dos municípios apresentou pouco ou nenhum avanço no modelo assistencial em saúde bucal. Os autores chegaram a conclusão de que as políticas públicas contemplam aspectos além dos pertinentes ao setor saúde e que são decisivas para uma real mudança nos modelos assistenciais.

Facchini (2008) desenvolveu um estudo avaliando a efetividade da Estratégia Saúde da Família em comparação às unidades básicas de saúde tradicionais, utilizando a metodologia de Estudo de Linha de Base (ELB). A base do estudo foi composta por 41 municípios acima de 100 mil habitantes, 21 da Região Sul e vinte do Nordeste. A principal variável dependente pressuposto da base amostral do ELB, a efetividade das ações programáticas das unidades básicas de saúde, foi examinada na população de sua área de abrangência, por meio de inquérito epidemiológico. O modelo de atenção das unidades básicas de saúde foi a principal variável independente. Seu efeito sobre as ações programáticas foi controlado por região geopolítica, região metropolitana e porte populacional dos municípios. A cobertura das ações foi caracterizada segundo aspectos sócio-econômicos, demográficos e de saúde. O estudo revelou que a utilização de grupos de comparação, amostras por múltiplos estágios, medidas padronizadas, controle de características geográficas e sócio-demográficas da população e critérios bem definidos para julgar os achados são contribuições da metodologia utilizada para o delineamento de futuros estudos de avaliação da Atenção Básica à Saúde.

Nickel (2008) apresentou uma pesquisa metodológica, cujo objetivo foi desenvolver um modelo teórico para a avaliação da Atenção em Saúde Bucal. O critério eleito para o modelo de avaliação foi o de efetividade. O modelo desenvolvido no estudo contemplou duas dimensões avaliativas: a dimensão Gestão da Saúde Bucal, relativa à esfera política e a dimensão Provisão da

Saúde Bucal, relativa à esfera técnica. Em cada dimensão foram dispostas subdimensões com os respectivos indicadores de efetividade. O autor relata que foram construídos doze indicadores: quatro indicadores compondo a dimensão Gestão da Saúde Bucal e oito indicadores compondo a dimensão Provimento da Saúde Bucal. O modelo teórico foi submetido ao teste de aplicabilidade em 22 municípios catarinenses que compuseram a amostra intencional. Os resultados da pesquisa apontaram deficiências nos sistemas de informação municipais e concluiu-se que o modelo desenvolvido é aplicável independente do porte populacional e das características do sistema municipal de saúde.

Teixeira (2011) publicou um artigo sobre a “Avaliação da evolução da demanda de saúde bucal através do uso de sistemas de informação em saúde”, no intuito de avaliar a evolução da demanda de saúde bucal no município de Amaral Ferrador – Rio Grande do Sul, através de uma série histórica, contemplando o período entre 2000 e 2007, e contribuir para o dimensionamento do esforço para universalização da cobertura de saúde bucal em pequenos municípios. Para avaliar a demanda de saúde bucal, o autor considerou os indicadores de saúde e os resultados do trabalho revelaram um aumento rápido e considerável no número de Procedimentos Individuais Básicos e no indicador de 1ª Consulta Odontológica Programática, observando uma redução relativa no indicador de Proporção de Exodontias. Também foi observada uma variabilidade na frequência de Procedimentos Coletivos e aumento constante da cobertura populacional das ações de Saúde Bucal, em boa parte devido ao aumento de procedimentos individuais.

Em relação a trabalhos comparando os modelos de atenção existentes, Elias et al. em 2006, desenvolveram um estudo que comparou as modalidades assistenciais Programa de Saúde da Família (PSF) e Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional por estrato de exclusão social no Município de São Paulo, considerando as opiniões de usuários, profissionais de saúde e gestores que responderam um questionário contemplando oito dimensões da atenção. Foram escolhidas as unidades PSF e UBS mais bem avaliadas (Índice de Atenção Básica

– IAB) de cada um dos três agrupamentos de estratos de exclusão social. O estudo resultou na elaboração de escores de percepção de usuários, gestores e profissionais para cada modalidade, abrangendo as oito dimensões da atenção básica. À exceção de um estrato, as percepções dos gestores e profissionais são muito semelhantes para todas as dimensões estudadas e, em comparação às dos usuários, são sempre melhores, especialmente no enfoque familiar e orientação comunitária. A comparação entre PSF e UBS nos diferentes estratos de exclusão social não apresentou diferenças para profissionais e gestores. Contudo, o IAB aferido por meio dos usuários é mais elevado nas Unidades PSF do que nas UBS tradicionais.

Soares (2007) realizou um estudo sobre a “Avaliação da saúde bucal na atenção básica: a perspectiva do usuário” que teve como objetivo caracterizar o modelo assistencial de saúde bucal em nível local ou municipal, viabilizada através da percepção, avaliação e do grau de satisfação do principal interessado com o serviço prestado pelo setor público de saúde: o usuário. Para atingir tais objetivos escolheu-se, intencionalmente, o Município de Macaíba no Estado do Rio Grande do Norte, por questões operacionais, pelo tempo de implantação da ESF e sua alta cobertura. Para isto, utilizaram-se como instrumentos de coleta de informações, entrevistas estruturadas com questões fechadas e abertas e questionários de caracterização sócio-econômica direcionados a duzentos e setenta (270) indivíduos, sendo, esses, usuários do serviço de saúde bucal de Unidades Básicas de Saúde do Município (noventa usuários de um PSF Urbano, noventa de um PSF Rural e noventa de uma unidade não PSF). As unidades mostraram-se resolutivas não apresentando diferença estatisticamente significativa entre unidade não PSF e unidades PSF, e não estabeleceu uma relação direta com a satisfação geral. O sistema de referência e contra-referência não se encontra totalmente organizado e a forma de acesso na ESF não se apresenta definida, ocorrendo concomitância entre livre demanda e agendamento, estando esta última relacionada com maior satisfação.

Rocha & Goes (2009) publicaram um estudo transversal avaliando fatores associados ao acesso aos serviços de saúde bucal, comparando áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande na Paraíba. O estudo se constituiu de base populacional, com uma amostra composta por pessoas acima de 18 anos ($n = 827$), oriundas de setores censitários urbanos que incluíam unidades de saúde do SUS, estratificados em áreas cobertas e não cobertas pela ESF. Na análise estatística, foram utilizados o qui-quadrado de Pearson e regressão logística. Aqueles que residiam em áreas não cobertas pela ESF obtiveram 1,5 vezes mais chance de ter acesso ($OR = 1,5$; $IC95\%: 1,1-1,9$; $p = 0,004$) aos serviços de saúde bucal quando comparados aos que residiam em áreas cobertas pela ESF. No entanto, essa probabilidade diminuiu, perdendo a sua significância ($OR = 1,1$; $IC95\%: 0,8-1,6$; $p = 0,337$) após o resultado ser ajustado para sexo, idade, renda individual, escolaridade e autopercepção de saúde. Os autores concluíram que não foi evidenciada a associação entre residir em uma área coberta pela ESF ou não coberta com o acesso aos serviços de saúde bucal.

Martelli *et al.* (2009) desenvolveram o trabalho “Modelos municipais em saúde bucal: tendências atuais”, no qual buscaram observar se na literatura acadêmica aparecem relatos de modelos municipais de saúde bucal e com qual abordagem. Os autores utilizaram como referencial teórico para análise, os conceitos de modelo assistencial, modelo de atenção e modelo técnico-assistencial, observando coerência dos modelos municipais estudados com os princípios do Sistema Único de Saúde. Apesar do consenso entre os defensores de modelo assistencial, técnico assistencial e de atenção quanto à importância da influência de fatores externos ao setor saúde na conformação de modelos municipais, somente 3 artigos exploraram tal análise. Outros 18 artigos primaram mais o enfoque da assistência e, dentre estes, majoritariamente em 8 artigos, a saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família. Os autores concluíram que os 21 artigos encontrados nos diferentes periódicos no período 2000 a 2009 são poucos, o que reflete a falta de espaço para publicação de temas concernentes aos

serviços, bem como do descompasso entre produção acadêmica e análise de modelos municipais em saúde bucal.

Ainda em relação aos modelos assistenciais, Nickel (2008) realizou uma revisão da literatura sobre os modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil, desenvolvidos a partir do Sistema Incremental. Os modelos destacados nas publicações científicas utilizadas como referência foram, além do Sistema Incremental, o Programa de Inversão da Atenção, a Atenção Precoce em Odontologia e o Programa Saúde da Família. Foram descritas as origens e as bases da programação, caracterizando-se os fatos positivos e negativos de cada modelo. Ao fim, foi constatada no trabalho uma falha comum que dificulta o acesso universal e integral à atenção odontológica: a exclusão de clientelas.

No que diz respeito a trabalhos que avaliam o absenteísmo das consultas odontológicas, Rocha, em 2000, descreveu e analisou o abandono do tratamento no Centro de Saúde Murialdo, Porto Alegre, RS. No trabalho foram entrevistados em seus domicílios vinte e nove pacientes, 30% de um total de 100 que consultaram o serviço em busca de atenção odontológica, no segundo semestre de 1998, e que abandonaram o tratamento antes da alta clínica. As principais causas do abandono foram a impossibilidade de faltar ao trabalho, o tempo de duração do tratamento demasiado longo e as causas externas ao serviço, como doenças, gravidez e mudança de domicílio.

Chaves (2011) publicou o artigo intitulado “Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil”. O estudo visou avaliar a taxa de utilização dos serviços odontológicos especializados de quatro CEOs da Bahia, Brasil, identificando fatores relacionados. O trabalho utilizou dados secundários do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS) e vinte entrevistas semi-estruturadas junto aos coordenadores e executores, além de observação in loco do serviço. O estudo revelou bons resultados na oferta desse serviço na percepção dos profissionais, mas há uma baixa taxa de utilização. A baixa taxa de utilização revela barreiras de acesso do próprio serviço de saúde,

como a ausência de padrões e metas de desempenho por especialidade, a falta dos pacientes, que não são substituídos, além das diferentes tecnologias utilizadas por cada especialista. A pesquisa sugere estudos que analisem diferentes formas de organização do serviço que tenham possibilitado maior utilização da oferta disponível, como diferenças de remuneração, articulação com atenção primária e adequação da oferta às necessidades de saúde populacionais.

3. PROPOSIÇÃO

Avaliar a resolutividade das ações de saúde bucal desenvolvidas na atenção básica e secundária do município de Marília/SP através dos indicadores de acesso ao tratamento odontológico, o percentual de cobertura populacional em TCI e informações referentes à atenção secundária, com vistas à identificação de qual modelo de atenção, Estratégia Saúde da Família (ESF) ou modelo tradicional instituído nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) apresenta maior eficácia em relação às necessidades em saúde bucal da população.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1- Aspectos éticos

O estudo desenvolvido teve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista de Marília sob o protocolo nº 1820/2009, conforme Resolução 196/96, do Ministério da Saúde e autorizado pela Coordenação do Programa Municipal de Saúde Bucal da Secretaria Municipal da Saúde de Marília/SP (Anexo I).

4.2- Desenho do estudo

Trata-se de um estudo ecológico do tipo retrospectivo, para análise da resolutividade das ações de saúde bucal desenvolvidas na atenção básica, em 6 UBSs (universo de 12 UBSs) e 11 USFs (universo de 29 USFs), comparando os dois modelos distintos de atenção existentes no município de Marília.

Assim não existirá manipulação de intervenções diretas sobre os indivíduos em estudo, sendo que a investigação se limitará à observação destes e suas características, não apresentando período de seguimento. Os dados serão colhidos num único ponto no tempo e representarão um corte transversal ou fotografia das características dos dados em estudo, colhendo-se dados sobre exposições que ocorreram no passado (Pina (2006); Medronho; Rouquayrol *et al*, (2003)).

4.3- Seleção da população do estudo

4.3.1- Critério de inclusão

Para a inclusão das unidades de saúde no escopo da amostra, utilizou-se

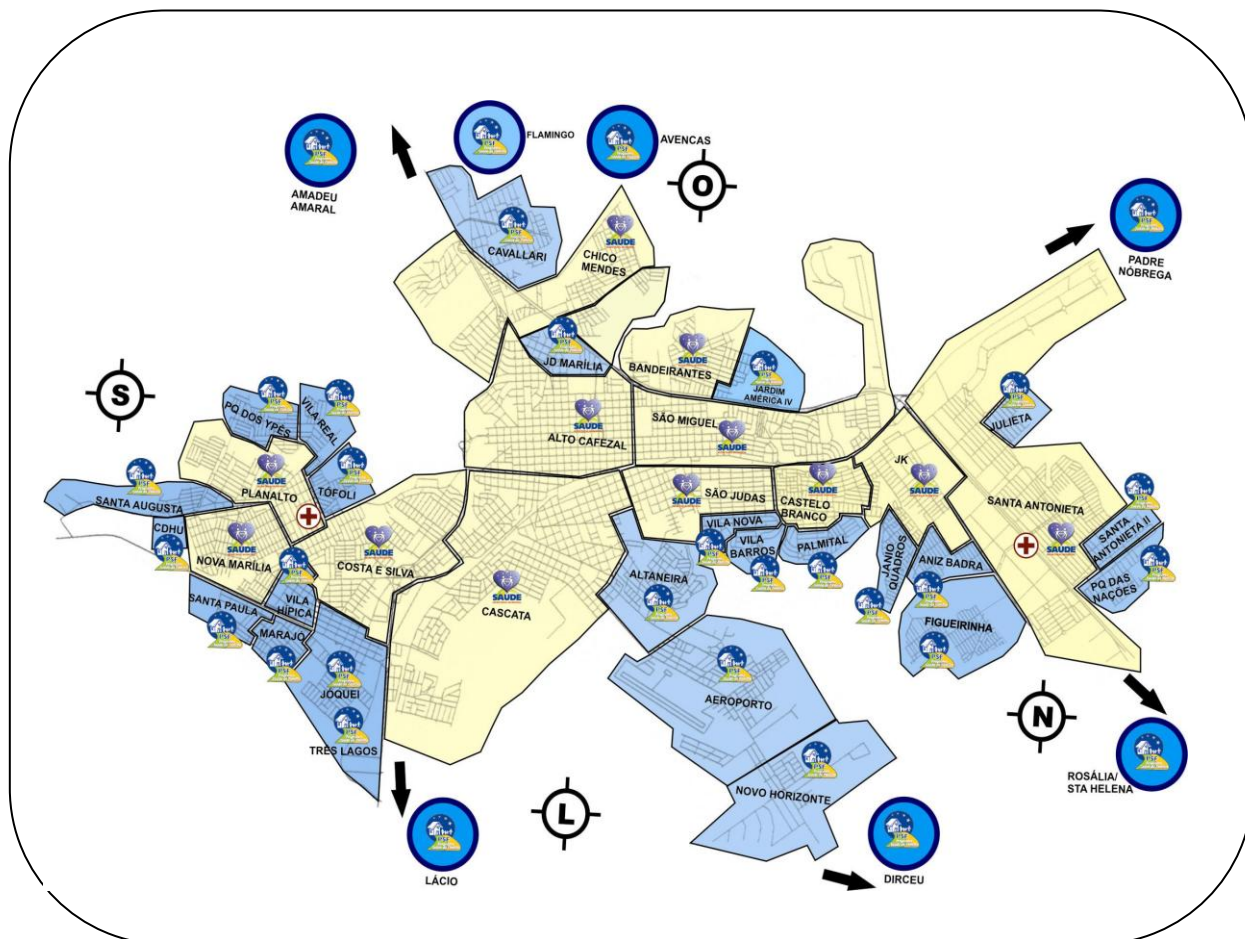
um critério único, devendo tanto a unidade de saúde ter equipe de saúde bucal como a especialidade odontológica funcionando há pelo menos dois anos, levando-se em consideração o ano de 2009.

4.3.2- Amostra

A amostra foi aleatória estratificada com 50% do universo da área de estudo para as 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 37% das 29 Unidades de Saúde da Família (USF). Foram sorteadas aleatoriamente 6 UBSs e 11 USFs respectivamente, visualizados na figura 1.

Para a elaboração do trabalho as unidades sorteadas foram: UBSs Alto Cafezal, Castelo Branco, Chico Mendes, JK, Planalto, Bandeirantes e USFs Aniz Badra, Rosália/Santa Helena, Avencas/Flamingo, Jardim Cavalari, Figueirinha, Vila Barros, Aeroporto, Parque dos Ipês, Vila Hípica, Altaneira e Novo Horizonte/Dirceu.

Figura 1- Mapa da rede assistencial do Município de Marília/SP no ano de 2009.



4.3.3- Características do local do estudo

Marília é uma cidade localizada no centro-oeste paulista, ocupa uma área de 1.170 Km² e conta com uma população de aproximadamente 216.684 habitantes (IBGE, 2010).

Em relação aos levantamentos epidemiológicos realizados no município, em 2003 o índice CPO-D foi de 2,33 na faixa etária de 12 anos e 1,42 no último levantamento realizado em 2010. No que se refere ao índice ceo, em 2003 obteve-se um resultado de 2,17 e em 2010, 1,42 sendo este índice avaliado na faixa etária de 5 anos.

Os procedimentos básicos em odontologia somaram nos anos de 2007 a 2009, segundo dados do SIA, 137.0287 e os especializados 80.920. Em relação aos indicadores de cobertura que o MS utilizava até 2010 e que avalia o impacto das ações de saúde bucal, o município registrou em 2009: 9,5% para a 1ª consulta programática, 7,0% para a ação coletiva de escovação supervisionada e 3,0 para a média de procedimentos odontológicos básico individuais conforme informações do programa municipal de saúde bucal da secretaria municipal da saúde de Marília

No município de Marília é utilizado o indicador Tratamento Completado Inicial (TCI) em Odontologia, que se refere à conclusão dos procedimentos odontológicos compreendidos no âmbito da atenção básica, de um usuário com idade superior a dois anos que apresenta necessidades curativas. O TCI é acompanhado pelo cirurgião-dentista por até dois anos, sendo que após este período, se o usuário apresentar novas necessidades odontológicas curativas deverá submeter-se a novo TCI.

Utiliza-se também o indicador de cobertura em TCI numa determinada população, identificando-se a relação de tratamentos odontológicos que foram iniciados e completamente terminados. Quanto maior o percentual deste indicador, menor serão as possibilidades de evoluções e agravos de doenças dentais e dos tecidos periodontais, bem como a diminuição das urgências odontológicas da população e necessidades de atenção odontológica especializada, pois consegue-se controlar os usuários que já tiveram seu tratamento concluído, por meio de ações preventivas como a aplicação tópica de flúor e educação em saúde bucal individual, por meio de grupos e em visitas domiciliares.

O Tratamento Completado de Manutenção (TCM) é outro indicador utilizado, que se refere ao tratamento em usuários maiores de dois anos de idade que foram tratados na unidade e que, em um período de no mínimo seis meses até dois anos, retornam para tratar de outras necessidades odontológicas.

Além desses indicadores, o município de Marília utiliza ainda, para o processo de avaliação das ações das equipes de saúde bucal, o número de

pacientes agendados para a atenção secundária, o número de pacientes encaminhados para atenção secundária que abandonaram o tratamento e as faltas em consulta inicial na especialidade, por unidade de saúde selecionada no estudo. Por haver um número maior de pacientes encaminhados para o serviço de referência com necessidades de tratamento endodôntico, foi avaliada também a demanda reprimida desta especialidade nas unidades da amostra.

4.3.3.1- Organização da atenção básica

Atualmente, a rede de atenção básica à saúde bucal do município está distribuída em 12 Unidades Básicas de Saúde (cobertura de 56,3%), 32 Unidades de Saúde da Família (43,6%) e 03 Pronto Atendimentos. Existe também assistência odontológica aos pacientes institucionalizados que frequentam as associações filantrópicas: Legião Mirim, Educandário Bento de Abreu Sampaio Vidal, Associação de Combate ao Câncer (ACC) e Hospital Espírita de Marília (HEM).

O Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar (PROIID), Centro de Atendimento à Obesidade Infantil de Marília (CAOIM) e Ambulatório Municipal de Aleitamento Materno (AMAM), são unidades de referência da atenção básica que conta com CD prestando atendimento aos pacientes que necessitam deste serviço.

A secretaria da saúde, através do Programa Municipal de Saúde Bucal promove ações de promoção, prevenção e assistência odontológica na atenção básica, por meio do Programa Bebê-Dente, Projeto de Prevenção, Campanha de Prevenção e Detecção Precoce do Câncer Bucal e Campanha “Sorria, Marília!”

Para realizar exames de diagnósticos, tem-se no município quatro locais estratégicos de referências para radiografias periapicais e um serviço terceirizado de radiografias panorâmicas localizado na região central.

4.3.3.2- Organização da atenção secundária

Em relação à atenção secundária, em 2006, implantou-se no município de Marília o Centro de Especialidades Odontológicas como serviço de referência odontológica da atenção secundária. O município dispõe de quatro locais de atendimento em especialidades odontológicas. O CEO, localizado na zona sul, contempla as especialidades de Endodontia (60 horas semanais), Cirurgia Oral Menor (40 horas semanais), Estomatologia (20 horas semanais), Periodontia (20 horas semanais), Pacientes Portadores de Necessidades Especiais (20 horas semanais), e Odontopediatria (28 horas) que presta assistência às crianças que as unidades de saúde não conseguem atender por dificuldades comportamentais. A especialidade de Prótese Dentária iniciou o atendimento em novembro de 2008 e de acordo com o critério de inclusão, não se enquadra na amostra.

Além do CEO, a especialidade de Endodontia conta com mais três pontos de atendimentos distribuídos de acordo com as regiões do município. Na região norte existe a UBS Santa Antonieta, que possui dois CDs endodontistas trabalhando no período noturno. Na Policlínica da região oeste trabalham um CD no período matutino e outro CD no período vespertino. A UBS Cascata conta com uma profissional endodontista que realiza atendimento no período vespertino.

Todos os profissionais que trabalham, tanto no CEO (exceto a especialidade de Odontopediatria), como nos outros locais de atendimento da especialidade de endodontia, realizavam carga horária de 20 horas semanais até julho de 2010, sendo que no 1º semestre de 2011, cumprem 15 horas semanais.

O fluxo de encaminhamento de endodontia ocorre através do preenchimento da ficha de encaminhamento pelo CD da unidade de saúde, que envia para a Secretaria Municipal da Saúde aos cuidados da Coordenação de Saúde Bucal, a qual realiza a distribuição e agendamento das vagas de maneira regionalizada, de acordo com a proximidade da unidade de referência. O tempo de espera para o agendamento desta especialidade varia de acordo com o grupo de dentes: um mês para os dentes anteriores e cinco a seis meses para pré e

molar. Tanto as gestantes, como os pacientes menores de 14 anos são considerados prioritários, sendo o tempo de espera de um mês, independente do grupo de dentes encaminhados.

De acordo com o protocolo da especialidade de cirurgia buco maxilo facial, os encaminhamentos realizados pelas unidades de saúde são enviados, juntamente com a radiografia panorâmica, para Secretaria Municipal da Saúde aos cuidados da Coordenação de Saúde Bucal. Esta os envia para o CEO realizar a triagem e agendamento dos casos que são considerados, pelo especialista, de média complexidade, com espera para atendimento de 1 a 2 meses. Os casos clínicos avaliados como de alta complexidade são devolvidos para a secretaria que agenda para o serviço terciário do Ambulatório de Cirurgia Buco Maxilo Facial da Santa Casa de Marília.

As fichas de referência das especialidades de periodontia, odontopediatria, pacientes especiais e estomatologia são realizadas pela equipe de saúde bucal que, após o contato com o departamento de regulação da secretaria da saúde, são entregues ao paciente contendo as informações do local, data e horário do agendamento. Nas duas primeiras especialidades acima citadas há um tempo de espera de aproximadamente dois meses, enquanto nas demais é no máximo um mês.

4.3.3.3- Organização da atenção terciária

O Ambulatório de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial situado na Santa Casa de Misericórdia de Marília e Ambulatório de Cabeça e Pescoço do Centro de Oncologia de Marília (COM) realizam procedimentos odontológicos de alta complexidade da atenção terciária nos pacientes referenciados pelas unidades de saúde.

4.3.3.4- Características dos modelos de atenção

Na Unidade Básica de Saúde todos os CDs têm vínculo direto do tipo estatutário com a Prefeitura Municipal de Marília cumprindo carga horária de 20 horas até 2009. Atualmente cumprem 15 horas semanais, sendo que para cada unidade existem dois profissionais que atuam em períodos distintos (matutino e vespertino). Neste modelo, o profissional cirurgião-dentista trabalhou na lógica de “duas mãos”, sem o profissional auxiliar em saúde bucal (ASB) até maio de 2010, quando foram contratadas as ASBs para as UBSs.

No município de Marília, a Saúde da Família foi implantada em 1998, com a equipe de saúde bucal já incorporada ao quadro de profissionais da equipe mínima, em todas as unidades de saúde.

Na unidade de Saúde da Família, todos os CDs possuem vínculo pela Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT com entidade filantrópica do município (Associação Feminina de Marília Maternidade e Gota de Leite) que desenvolve parceria, por meio de convênio, com a Prefeitura Municipal de Marília cumprindo 40 horas semanais e atuam no período matutino e vespertino em uma única unidade. Neste modelo o profissional cirurgião-dentista trabalha na lógica de “quatro mãos”, com o ASB compondo uma equipe de Saúde Bucal – (ESB) modalidade I (um dentista + um ASB), conforme portaria GM/MS nº 648/2006.

A organização do processo de trabalho na UBS é estruturada na assistência individual, atendimento de urgência, tratamento curativo e preventivo e reunião de equipe mensal, da qual nem sempre o CD participa. O que difere da Saúde da Família é a assistência familiar, visita domiciliar e a busca ativa dos pacientes faltosos tanto nas consultas programáticas da atenção básica, como no atendimento especializado. A reunião de equipe e o atendimento noturno ocorrerem semanalmente.

Nos dois modelos de saúde existentes o agendamento das consultas dos pacientes que necessitam de atendimento odontológico é realizado através das linhas de cuidado, que considera as condições sistêmicas dos pacientes

(diabéticos - DIA, hipertensos - HAS, DIA e HAS, gestantes), e os ciclos de vida (do bebê até o idoso). A grande maioria dos pacientes é agendado por livre demanda durante o horário de acolhimento da unidade de saúde no que se refere ao modelo tradicional. A triagem por risco familiar é utilizada por algumas equipes da ESF, que realizam o levantamento das necessidades odontológicas, além de considerar a vulnerabilidade da clientela do território adscrito.

O acesso dos usuários para o atendimento odontológico curativo nas unidades de saúde ocorre através de demanda espontânea e demanda organizada (atenção programada).

Os pacientes eletivos são atendidos com horário programado nas unidades da Saúde da Família e por blocos de consulta (grupo de pacientes agendados no mesmo horário) nas unidades tradicionais. Já os pacientes que procuram o serviço com demanda espontânea, recebem atendimento no início dos períodos de trabalho de acordo com a disponibilidade de vagas, exceto as consultas urgentiais que são atendidas no decorrer do dia.

Como avaliação dos procedimentos das ações de saúde bucal, utiliza-se o indicador de consulta odontológica programática, TCI e TCM.

A população alvo das ações de saúde bucal das UBSs está centrada na área urbana, tendo cada unidade um território definido com uma média de 12.481 pessoas acima de dois anos de idade (faixa etária em que o cirurgião-dentista realiza o TCI). A UBS Planalto foi a responsável pela menor população 8.616 pessoas acima de dois anos, enquanto a unidade que apresentava em sua área o maior número de usuários na faixa etária apontada foi a da UBS Chico Mendes com uma população de 18.091.

Nas USFs o território de abrangência também é delimitado, entretanto existem unidades que prestam serviços para comunidades rurais, urbanas e mistas (rurais e urbanas), com a média de habitantes acima de dois anos de idade por unidade de 3.254, sendo que a USF Avencas/Flamingo apresentava o menor número de pessoas (1.816 usuários) e a que contava com maior número de cadastrados é a do Parque dos Ipês (3.784 pessoas acima de dois anos). A

grande maioria das USFs está implantada em áreas consideradas de risco no município como favelas, assentamentos, conjuntos habitacionais de casas populares e distritos.

A seguir, apresenta-se a Tabela 1 que caracteriza a população por unidade selecionada e o total segundo o modelo de atenção a saúde.

Tabela 1 – Número de usuários maior de dois anos que compõem o território por unidade de saúde no município de Marília – Julho, 2009

Modelo	Unidades	População > 2 anos
UBS	Alto Cafezal	12.984
	Castelo Branco	9.230
	Chico Mendes	18.091
	JK	10.055
	Planalto	8.616
	Bandeirantes	10.109
	TOTAL	69.085
ESF	Aniz Badra	3.113
	Rosália/St Helena	2.190
	Avencas	1.816
	Figueirinha	2.479
	Vila Barros	2.760
	Aeroporto	3.349
	Parque dos Ipês	3.784
	Vila Hípica	2.894
	Altaneira	3.003
	N. Horizonte/Dirceu	2.898
	Cavalari	2.970
TOTAL	31.256	

Fonte: SMS – Marília

A Tabela 2 representa a média do número de usuários atendidos por unidade, além do total e média de atendimentos, segundo o modelo de atenção a saúde.

De acordo com o período proposto no estudo, percebeu-se que a média de atendimentos aos usuários nas faixas etárias < e \geq 15 anos foi maior nas USFs do que nas UBSs.

Nota-se que, nos dois modelos de atenção, a maior parte das unidades de saúde atendeu mais usuários maiores de 15 anos, com exceção da UBS Castelo Branco e UBS JK que atenderam mais usuários na faixa etária abaixo de 15 anos. A USF Aniz Badra foi responsável pelo maior número de atendimento aos usuários maiores de 15 anos.

Tabela 2 – Média do número de usuários atendidos na faixa etária < e ≥ 15 anos, por unidade de saúde, no município de Marília – 2007 a 2009

Modelo	Unidades	Usuários < 15 anos	Usuários ≥ 15 anos	
UBS	Alto Cafezal	432	1.679	
	Castelo Branco	1.575	1.248	
	Chico Mendes	812	1.546	
	JK	915	715	
	Planalto	654	1.568	
		813	1.397	
	Bandeirantes			
	TOTAL	5.201	8.153	
	MÉDIA	866	1.358	
ESF	Aniz Badra	1.090	2.226	
	Rosália/St Helena	1.196	1.677	
	Avencas	665	1.183	
	Figueirinha	1.244	1.957	
	Vila Barros	1.132	2.100	
	Aeroporto	939	2.143	
	Parque dos Ipês	1.011	1.475	
	Vila Hípica	1.195	2172	
	Altaneira	1.513	1.922	
	N. Horizonte/Dirceu	860	1.423	
	Cavalari	499	950	
		TOTAL	11.344	19.228
		MÉDIA	1.031	1.748

Fonte: SMS – Marília

4.3.4- Coleta de dados

Os dados coletados para observação foram levantados através dos

relatórios gerenciais dos sistemas de informação, SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), Relatório de Avaliação de Saúde Bucal, Departamento de Coordenação de Saúde Bucal e CEO segundo cada unidade de saúde selecionada na amostra. O relatório de avaliação de Saúde Bucal da SMS forneceu o número de primeira consulta odontológica programática, o número de TCI, bem como o número de população > de 2 anos e o SIAB a população total do território de cada unidade.

O Departamento de Avaliação, Controle e Auditoria (DACA) da SMS, informou a quantidade de encaminhamentos agendados para as especialidades e o CEO levantou o número de pacientes faltosos na consulta inicial e o número de pacientes que abandonaram o tratamento especializado. Todos esses dados coletados foram discriminados por unidade de saúde.

O Departamento da Coordenação de Saúde Bucal informou a demanda reprimida da especialidade de endodontia dos locais de atendimento desta especialidade.

Foram elaborados instrumentos de coleta de dados (ANEXO II, III e IV) que possibilitaram a observação e avaliação dos dados analisando as unidades selecionadas diferenciadas por modelo de atenção a saúde apontando:

- A totalização de TCI e Primeira consulta no período definido (2007 a 2009) por unidade, em um coeficiente por 100 habitantes;
- População maior de dois anos, por unidade e o total de cada item do instrumento, por modelo de atenção;
- Cálculo do percentual da resolutividade nas unidades de saúde, através do TCI como numerador e o TI como denominador x 100;
- Agendamento e demanda reprimida na especialidade de Endodontia em um coeficiente por 100 habitantes;
- Número total de agendamentos, faltas em consulta inicial e abandono de pacientes ao tratamento, discriminados por especialidade e modelo de atenção.

Os instrumentos permitiram também o cálculo do percentual de tratamentos completados iniciais pelo número de primeira consulta odontológica nos distintos modelos de atenção, avaliando o percentual de tratamentos iniciados e terminados, além de computar a quantidade de referências para a atenção secundária das unidades do estudo

4.5- Análise estatística

Foram utilizados os parâmetros de avaliação adotados na SMS, do município de Marília, para cálculo do percentual de cobertura populacional de TCI e 1ª consulta odontológica entre os distintos modelos de atenção a saúde, bem como a proporção de TCI em relação à 1ª consulta odontológica.

Para analisar a resolutividade dos diferentes modelos de atenção a saúde em relação aos dados da atenção básica (TCI e primeira consulta) e da especialidade de endodontia (agendamento e demanda reprimida), realizou-se análise exploratória dos dados e, a seguir, foi aplicado o teste t de student para as variáveis que atendem as pressuposições de uma análise paramétrica.

Em relação aos dados das especialidades do CEO, aplicou-se o teste de Mann Whitney para estudar a falta em consulta inicial e abandono do paciente ao tratamento.

Para a análise estatística destes dados, foi considerado o nível de significância de 5%. Estes dados foram apresentados em forma de tabelas comparando-se os modelos de atenção da UBS e USF.

Os dados foram analisados estatisticamente utilizando-se o software SAS.

5. RESULTADOS

A seguir, descrevem-se os resultados obtidos com o desenvolvimento do presente estudo, os quais serão apresentados através das tabelas 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10.

Os resultados dos dados referentes às variáveis de primeira consulta odontológica (TI), que traduz o acesso ao tratamento odontológico, bem como a de tratamento completado inicial (TCI), que reflete a conclusão do tratamento odontológico iniciado, calculando-se o coeficiente por 100 habitantes por unidade de saúde analisada, estão descritos na Tabela 3.

Tabela 3 – Coeficiente de TI, TCI e resolutividade das unidades de atenção básica de Marília no período de 2007 a 2009.

Unidades	População estimada > 2anos	TI	Coeficiente por 100hab. TI	TCI	Coeficiente por 100hab TCI	Resolutividade
UBS Alto Cafezal	12.984	2.204	16,9	673	5,1	30,5
UBS Castelo Branco	9.230	1626	17,6	937	10,1	57,6
UBS Chico Mendes	18.091	1.337	7,3	962	5,3	71,9
UBS JK	10.055	3.301	32,8	921	9,1	27,9
UBS Planalto	8.616	1.802	20,9	534	6,2	29,6
UBS Bandeirantes	10.109	2.094	20,7	594	5,8	28,3
USF Aniz Badra	3.113	547	17,5	375	12	68,5
USF Rosália/St Helena	2.190	461	21	479	21,8	103,9
USF Avencas/Flamingo	1.816	499	27,4	464	25,5	92,9
USF Figueirinha	2.479	815	32,8	617	24,8	75,7
USF Vila Barros	2.760	508	18,4	357	12,9	70,2
USF Aeroporto	3.349	997	29,7	696	20,7	69,8
USF Parque dos Ipês	3.784	412	10,8	338	8,9	82
USF Vila Hípica	2.894	506	17,4	400	13,8	79
USF Altaneira	3.003	434	14,4	454	15,1	104,6
USF Novo Horizonte/Dirceu	2.898	691	23,8	546	18,8	79
USF Jardim Cavalari	2.970	314	10,5	294	9,8	93,6

Fonte: NI/SMS; PMSB/SMS; IBGE 2009

As unidades que apresentaram os menores coeficientes para TI foram 7,3, 10,5 e 10,8/100hab para as UBSs Chico Mendes, USF Jardim Cavallari e USF parque dos Ipês, respectivamente. Já a USF Figueirinha e a UBS JK que obtiveram o mesmo índice, foram as que apresentaram o maior coeficiente de TI, na ordem de 32,8/100 hab, acompanhadas logo em seguida pela USF Aeroporto com índice de 29,7/100 hab. e a USF Avencas Flamingo com 27,4/100 hab.

Ainda em relação à tabela 3, a unidade que apresentou o maior coeficiente em relação ao TCI foi a USF Avencas/Flamingo com resultado de 25,5/100 hab., seguida pela USF Figueirinha com 24,8/100 hab. e USF Rosália/Santa Helena com índice de 21,8/100 hab. A UBS Alto Cafezal foi a unidade com menor coeficiente de TCI, na ordem de 5,1/100 hab., seguida pela UBS Chico Mendes, com 5,3/100 hab. e UBS Bandeirantes com resultado de 5,8/100 hab.

A análise da resolutividade aponta a USF Altaneira com o maior índice de resolutividade dentre todas as unidades integrantes da amostra, com o resultado de 104,6%, seguida pela USF Rosália/Santa Helena com 103,9%, à frente da USF Jardim Cavallari com 93,6%. Esse resultado acima de 100% das unidades referidas se justifica observando que o tratamento odontológico dos pacientes possa ter sido iniciado antes de 2007 e concluído nos anos seguintes, se considerarmos o período de avaliação do presente estudo de 2007 a 2009.

Ressalta-se também que estes elevados índices estão relacionados diretamente ao perfil profissional do cirurgião-dentista juntamente ao envolvimento com o restante da equipe de saúde, com ênfase no compromisso e organização do trabalho conforme as diretrizes estabelecidas para a Saúde da Família.

As unidades com menor percentual de resolutividade foram a UBS Bandeirantes, com resultado de 28,3%, seguida da UBS JK com 27,9% e as UBS Planalto com 29,6%.

Fica evidente que as unidades de saúde da família apresentaram melhores índices de resolutividade que as unidades tradicionais (confirmado na Tabela 4), sendo que cinco, das onze USFs analisadas, atingiram mais que 80% de resolutividade, e a UBS que obteve o maior índice, a UBS Chico Mendes, não

ultrapassou o percentual de 72%, que é muito próximo ao resultado obtido pela USF com menor índice de resolutividade dentre as USFs, a USF Aniz Badra, que apresentou a resolutividade de 68,5%. Das seis UBSs analisadas, quatro apresentaram índice de resolutividade abaixo de 50%.

Ressalta-se a UBS Chico Mendes em relação as outras unidades básicas de saúde, com maior índice de resolutividade haja vista que comparada as outras unidades iniciou um número menor de tratamentos, conseguindo efetivamente concluir mais tratamentos. Isto é justificado pela melhor organização do processo de trabalho na unidade, com adequado controle de vagas e faltosos, havendo priorização para conclusão dos tratamentos odontológicos iniciados.

Na tabela 4 são apontadas as médias para os coeficientes de TI, TCI e resolutividade das unidades de saúde por modelo de atenção, USF e UBS.

Tabela 4. Resultados da atenção básica, média (desvio padrão) em função da análise dos coeficientes de TI, TCI e resolutividade em saúde bucal no período de 2007 a 2009.

Variável	Grupos		p-valor
	UBS média (dp)	USF média (dp)	
TI coef/ 100hab	19,37 (8,24)	20,34 (7,41)	0,8073 ns
TCI coef/100hab	6,93 (2,12)	16,74 (5,88)	0,0014*
Resolut Tci/Ti *100	40,97 (18,99)	83,56 (13,21)	<0,0001*

#Teste t de student; * significativo (p≤0,05); ns não significativo (p>0,05)

TI: Tratamento Odontológico Inicial

TCI: Tratamento Completado Inicial

Para o coeficiente TCI/pop há uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos (UBS e USF), o que espelha a diferença encontrada, onde verifica-se 40,97% de resolutividade nas UBSs e 83,56% nas USFs. Portanto, fica evidente que o modelo USF apresenta maior resolutividade que o modelo UBS com uma diferença de mais de 40%.

A tabela 5 aponta o coeficiente de agendamento e de demanda reprimida para a especialidade de Endodontia nas unidades de saúde analisadas neste

estudo, demonstrando o nível de acesso à especialidade, bem como o grau de demanda reprimida a cada 100 habitantes.

Tabela 5- Coeficiente do nº de agendamento e de demanda reprimida, por 100 habitantes, da especialidade de endodontia por unidade de saúde no período de 2007 a 2009 em Marília/SP.

Unidades	Pop. estimada > 5 anos (IBGE)	Agendamento	Coeficiente por 100hab	Demanda Reprimida	Coeficiente por 100hab
UBS Alto Cafezal	12.322	204	1,6	45	0,3
UBS Castelo Branco	8.886	154	1,7	32	0,3
UBS Chico Mendes	12.619	402	3,1	89	0,7
UBS JK	8.659	227	2,6	95	1
UBS Planalto	8.158	436	5,3	83	1
UBS Bandeirantes	7.417	214	2,8	60	0,8
USF Aniz Badra	3.026	101	3,3	20	0,6
USF Rosália/Santa Helena	2.314	257	11,1	51	2,2
USF Avencas/Flamingo	1.745	198	11,3	28	1,6
USF Figueirinha	2.363	319	13,4	57	2,4
USF Vila Barros	2.997	271	9	56	1,8
USF Aeroporto	3.290	199	6	63	1,9
USF Parque dos Ipês	2.627	273	10,3	36	1,3
USF Vila Hípica	2.697	135	5	23	0,8
USF Altaneira	2.847	131	4,6	34	1,2
USF Novo Horizonte/Dirceu	2.845	116	4	32	1,1
USF Jardim Cavalari	2.864	116	4	26	0,9

Fonte: NI/SMS; PMSB/SMS; IBGE 2009

A análise da tabela 5 evidencia de forma geral que as unidades de saúde da família apresentam maior número de agendamentos à especialidade de Endodontia, bem como maior número de pacientes aguardando agendamento na demanda reprimida de cada unidade. A unidade que apresentou maior coeficiente de agendamento e de demanda reprimida foi a USF Figueirinha com 13,4/100 hab. e 2,4/100 hab., respectivamente. Já a unidade que obteve o menor índice

tanto no agendamento (1,6/100 hab.) como na demanda reprimida (0,3/100 hab.) foram a UBS Alto Cafezal e UBS Castelo Branco.

Tabela 6 – Resultados da atenção básica, média (desvio padrão) em função do resultado do coeficiente por 100 habitantes no agendamento e demanda reprimida, na especialidade de Endodontia para UBS e USF no período de 2007 a 2009 em Marília/SP.

Variável	Grupos		p-valor
	UBS média (dp)	USF média (dp)	
Coeficiente por 100hab (agendamento)	2,82 (1,34)	7,45 (3,62)	0,0096*
Coeficiente por 100hab (demanda reprimida)	0,68 (0,32)	1,44 (0,59)	0,0114*

#Teste t de student, * significativo (p≤0,05)

A tabela 6 reforça a avaliação descrita na tabela 5 onde se observa que o coeficiente do número de agendamentos na especialidade de endodontia a cada 100 habitantes foi maior na USF (7,45/100 hab.) frente à UBS (2,82/100 hab.), havendo uma diferença estatisticamente significativa (p=0,0096).

Quanto à demanda reprimida, as estatísticas apontam uma diferença significativa (p=0,0114) em relação aos modelos avaliados, demonstrando que na USF (1,44/100 hab.) a demanda reprimida para a especialidade de endodontia é superior a do modelo tradicional instituído na UBS (0,68/100 hab.).

A tabela 7 apresenta o resultado da avaliação feita para o percentual de faltas em consulta inicial bem como o abandono de tratamento nas especialidades de Endodontia, Periodontia, Estomatologia, Pacientes Especiais, Cirurgia Bucomaxilo e Odontopediatria do CEO existentes no município de Marília, para cada unidade de saúde.

Os resultados demonstraram as variáveis (percentual de faltas em consulta inicial, abandono de tratamento e resolutividade), em relação aos encaminhamentos dos pacientes que necessitam de tratamento endodôntico e que foram referenciados para o CEO.

Tabela 7- Resultado do percentual de faltas, abandono e resolatividade das especialidades odontológicas existentes em Marília descritos para cada unidade de saúde (USF e UBS) no período de 2007 a 2009.

UNIDADES:	UBS*							USF*										
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
ENDODONTIA																		
AGENDAMENTO	13	7	21	49	423	13	8	7	9	49	36	38	260	121	21	11	18	
FALTA	7	4	7	13	80	4	5	1	0	11	12	6	60	22	7	5	1	
ABANDONO	0	0	5	4	18	2	0	1	0	1	6	1	5	3	0	0	0	
% faltas	53,8	57,1	33,3	26,5	18,9	30,8	62,5	14,3	0,0	22,4	33,3	15,8	23,1	18,2	33,3	45,5	5,6	
% abandono	0,0	0,0	23,8	8,2	4,3	15,4	0,0	14,3	0,0	2,0	16,7	2,6	1,9	2,5	0,0	0,0	0,0	
RESOLUTIVIDADE	46,1	42,8	42,8	65,3	76,8	53,8	37,5	71,4	100	75,5	50	55,2	75	79,3	66,6	54,5	94,4	
PERIODONTIA																		
AGENDAMENTO	23	3	45	19	135	8	7	1	3	10	18	4	19	11	13	8	6	
FALTA	5	1	12	4	19	1	3	0	1	1	1	0	3	1	1	4	2	
ABANDONO	5	1	7	5	38	1	0	0	0	2	4	1	4	5	2	1	2	
% Falta	21,7	33,3	26,7	21,1	14,1	12,5	42,9	0,0	33,3	10,0	5,6	0,0	15,8	9,1	7,7	50,0	33,3	
% Abandono	21,7	33,3	15,6	26,3	28,1	12,5	0,0	0,0	0,0	20,0	22,2	25,0	21,1	45,5	15,4	12,5	33,3	
RESOLUTIVIDADE	56,5	33,3	57,7	52,6	57,7	75	57,1	100	66,6	70	72,2	75	63,1	45,4	76,9	37,5	33,3	
ESTOMATOLOGIA																		
AGENDAMENTO	125	76	95	49	81	58	55	12	32	44	18	15	37	16	43	24	19	
FALTA	19	24	9	9	11	16	11	6	7	15	2	6	6	0	8	3	2	
ABANDONO	24	13	19	7	28	14	9	1	6	14	5	4	6	0	8	6	3	
% Faltas	15,2	31,6	9,5	18,4	13,6	27,6	20,0	50,0	21,9	34,1	11,1	40,0	16,2	0,0	18,6	12,5	10,5	
% Abandono	19,2	17,1	20,0	14,3	34,6	24,1	16,4	8,3	18,8	31,8	27,8	26,7	16,2	0,0	18,6	25,0	15,8	
RESOLUTIVIDADE	65,6	51,3	70,5	67,3	51,8	48,2	63,3	41,6	59,3	34	61,1	33,3	67,5	100	62,7	62,5	73,6	

Continuação da Tabela 7

UNIDADES:	UBS*							USF*										
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
PACIENTES ESPECIAIS																		
AGENDAMENTO	22	17	12	13	9	6	6	2	7	13	20	4	20	8	25	1	22	
FALTA	7	2	3	2	1	0	1	0	0	3	2	0	5	0	6	0	3	
ABANDONO	3	2	1	0	1	1	0	2	1	1	2	0	6	0	1	0	3	
% Faltas	31,8	11,8	25,0	15,4	11,1	0,0	16,7	0,0	0,0	23,1	10,0	0,0	25,0	0,0	24,0	0,0	13,6	
% Abandono	13,6	11,8	8,3	0,0	11,1	16,7	0,0	100,0	14,3	7,7	10,0	0,0	30,0	0,0	4,0	0,0	13,6	
RESOLUTIVIDADE	54,5	76,4	66,6	84,6	77,7	83,3	83,3	0	85,7	69,2	80	100	45	100	72	100	72,7	
BUCO MAXILO																		
AGENDAMENTO	70	42	61	52	66	35	16	5	55	60	19	47	32	27	34	36	30	
FALTA	14	0	4	8	8	3	3	1	5	15	2	5	5	4	5	0	0	
ABANDONO	19	10	18	9	14	5	2	2	13	14	4	22	8	6	14	6	5	
% Faltas	20	0	6,5	15,3	12,1	8,5	18,7	20	9	25	10,5	10,6	15,6	14,8	14,7	0	0	
% Abandono	27,1	23,8	29,5	17,3	21,2	14,2	12,5	40	23,6	23,3	21	46,8	25	22,2	41,1	16,6	16,6	
RESOLUTIVIDADE	52,8	76,1	63,9	67,3	66,6	77,1	68,7	40	67,2	51,6	68,4	42,5	59,3	62,9	44,1	83,3	83,3	
ODONTOPEDIATRIA																		
AGENDAMENTO	19	21	28	0	28	14	6	2	44	59	20	0	15	13	9	5	3	
FALTA	1	5	2	0	2	2	1	1	5	14	5	0	0	2	4	0	1	
ABANDONO	8	11	23	0	10	8	2	0	2	42	12	0	9	7	0	0	2	
% Falta	5,3	23,8	7,1	0,0	7,1	14,3	16,7	50,0	11,4	23,7	25,0	0,0	0,0	15,4	44,4	0,0	33,3	
% Abandono	42,1	52,4	82,1	0,0	35,7	57,1	33,3	0,0	4,5	71,2	60,0	0,0	60,0	53,8	0,0	0,0	66,7	
RESOLUTIVIDADE	52,6	23,8	10,7		57,1	28,5	50	50	84	5	15	0	40	30,7	55,5	100	0	

* UBS: 1- Alto Cafezal, 2- Castelo Branco, 3- Chico Mendes, 4- JK, 5- Planalto, 6- Bandeirantes / USF: 1- Aniz Badra, 2- Rosália/St Helena, 3- Avencas, 4- Figueirinha, 5- Vila Barros, 6- Aeroporto, 7- Parque dos Ipês, 8- Vila Hípica, 9- Altaneira, 10- N Horizonte/Dirceu, 11- Jd Cavalari

A tabela 7 demonstra de modo geral que em todas as especialidades os resultados foram semelhantes em relação às variáveis no percentual de faltas em consulta inicial, abandono de tratamento e resolutividade na especialidade, tanto referente aos usuários oriundos da USF como da UBS.

Analisando-se cada especialidade, destaca-se na endodontia que a USF Aniz Badra (62,5%) foi a que apresentou maior percentual de faltas em consulta inicial seguida pela UBS Alto Cafezal (53,8%). Já avaliando a variável abandono, a UBS Chico Mendes foi a unidade onde mais usuários não seguiram com o tratamento em curso (23,8%), seguida pela USF Vila Barros com 16,7% de abandono.

Em relação à resolutividade, na especialidade de endodontia definido como, o número de usuários que foram atendidos e que concluíram o tratamento sobre o total de usuários que foram agendados, a unidade que apresentou maior índice foi a USF Avencas com 100% de resolutividade, seguida pela USF Jardim Cavalari com o resultado de 94,4%.

Já na especialidade de periodontia a USF Novo Horizonte/Dirceu foi a que apresentou maior percentual de faltas em consulta inicial (50%) seguida pela USF Aniz Badra (42,9%). Já em relação ao abandono a USF Vila Hípica (45,5%) e UBS Castelo Branco (33,3%) foram as unidades onde mais usuários deixaram de fazer o tratamento em curso. As unidades da saúde da família Altaneira e Rosália demonstraram maior resolutividade nesta especialidade.

Na estomatologia percebe-se que a USF Rosália (50,0%) e Aeroporto (40,0%) obtiveram percentual maior de faltas em consulta inicial, enquanto que a UBS Planalto e a USF Figueirinha tiveram 34,6% e 31,8% de abandono de tratamento, respectivamente. As USF Vila Hípica e Cavalari foram as unidades que tiveram usuários encaminhados de seu território que mais concluíram o tratamento nesta especialidade

As UBS Alto Cafezal (31,8%), seguida da UBS Chico Mendes (25,0%) juntamente com a USF Parque dos Ipês (25,0%) tiveram mais faltas na especialidade de pacientes especiais, sendo que os pacientes das unidades da

USF Rosália (100,0%) e USF Parque dos Ipês (30,0%) foram os que mais abandonaram o tratamento. O maior percentual de resolutividade obtido foi para as USF Vila Hípica (100,0%) e USF Novo Horizonte (100,0%).

De um modo geral na cirurgia buco-maxilo-facial o percentual de faltas, para os dois modelos estudados foi semelhante, destacando as USF Figueirinha (25,0%) USF Rosália e UBS Alto Cafezal (20,0%) como as que apresentaram o maior percentual de faltas. A variável de abandono do tratamento também acompanhou esta tendência, pois na tabela 7 observamos valores semelhantes para os dois modelos estudados, apesar da USF Aeroporto, a qual apresentou maior taxa de abandono nesta especialidade, com 46,8% estar bem acima da UBS que teve maior índice de abandono, a UBS Chico Mendes que obteve o resultado de 29,5%. Em relação à resolutividade a UBS Bandeirantes obteve 77,1% sendo o maior índice frente as unidades analisadas.

Na especialidade de odontopediatria, as USF Rosália (50,0%) e USF Altaneira (44,4%) tiveram o maior percentual de faltas em consultas iniciais, sendo que as unidades que representaram o maior percentual de abandono ao tratamento foram a UBS Chico Mendes (82,1%) seguida pela USF Figueirinha (71,2%). Em relação à resolutividade, as unidades de saúde da família Avencas e Novo Horizonte foram as que obtiveram melhores resultados.

Tabela 8- Mediana (valor máximo-valor mínimo) da porcentagem de faltas por especialidade odontológica, comparando os modelos UBS e USF no período de 2007 a 2009 em Marília/SP.

Unidade	Grupos		p-valor
	UBS mediana (valor)	USF mediana (valor)	
Endodontia	32,05 (18,91-57,14)	22,45 (0,00-62,50)	0,1594ns
Periodontia	21,40 (12,50-33,33)	10,00 (0,00-50,00)	0,4214ns
Estomatologia	16,78 (9,47-31,58)	18,60 (0,00-50,00)	0,7630ns
Pacientes Especiais	13,57 (0,00-31,82)	10,00 (0,00-25,00)	0,3149ns
Buco-Maxilo	10,03 (0,00-20,00)	14,70 (0,00-25,00)	0,5136ns
Pediatria	7,14 (0,00-23,81)	16,67(0,00-50,00)	0,2478ns

#Teste de Mann Whitney, * significativo (p≤0,05), ns não significativo

Tabela 9- Mediana (valor máximo-valor mínimo) da porcentagem de abandonos por especialidade odontológica, comparando os modelos UBS e USF no período de 2007 a 2009 em Marília/SP.

Unidade	Grupos		p-valor
	UBS mediana (valor)	USF mediana (valor)	
Endodontia	6,21 (0,00-23,81)	1,92 (0,00-16,67)	0,2689ns
Periodontia	24,03 (12,50-33,33)	20,00 (12,50-45,45)	0,3149ns
Estomatologia	19,60 (14,28-34,57)	18,60 (0,00-31,82)	0,5465 ns
Pacientes Especiais	11,44 (0,00-16,67)	7,69 (0,00-100,00)	0,5804 ns
Buco-Maxilo	22,5 (14,20-29,50)	23,3 (12,50-46,00)	0,4203ns
Pediatria	47,24 (0,00-82,14)	33,33 (0,00-71,19)	0,6153ns

#Teste de Mann Whitney, * significativo ($p \leq 0,05$), ns não significativo

Tabela 10- Mediana (valor máximo – valor mínimo) da resolutividade dos modelos de atenção nas especialidades odontológicas no período de 2007 a 2009 em Marília/SP.

Unidade	Grupos		p-valor
	UBS mediana (valor)	USF mediana (valor)	
Endodontia	50,0 (42,8-76,8)	71,4 (37,5-100,0)	0,1219 ns
Periodontia	57,1 (33,3-75,0)	66,6 (33,3-100,0)	0,3888 ns
Estomatologia	58,7 (48,2-70,5)	62,5 (33,3-100,0)	0,9266 ns
Pacientes Especiais	75,0 (54,5-84,6)	80,0 (0,0-100,0)	0,9749 ns
Buco-Maxilo	66,95 (52,8-77,1)	62,9 (40,0-83,3)	0,2107ns
Pediatria	28,5 (10,7-57,1)	40,0 (0,0-100,0)	0,7823ns

#Teste de Mann Whitney, * significativo ($p \leq 0,05$), ns não significativo

Verifica-se que nas tabelas 8, 9 e 10 não houve diferenças estatisticamente significantes para os modelos estudados, em relação às especialidades odontológicas avaliadas.

6. DISCUSSÃO

Considerando a história da construção do modelo assistencial do SUS no país, em relação à APS, de forma geral, podemos dizer que, atualmente, existem duas propostas organizacionais de processo de trabalho que predominam no desenvolvimento da atenção básica, o modelo tradicional de atenção e o modelo de vigilância em saúde proposto pela Saúde da Família.

No que se refere à atenção em saúde bucal, é importante citar Botazzo (2008) que afirmou que a assistência odontológica ainda está marcada pelo fato de que os modelos estão restritos a focar a atenção e as ações na faixa etária de 0-14 anos e para as gestantes, por prestação de assistência aos adultos, na generalidade, como pronto-atendimento, sendo indutora de mutilações e ainda pelos estudos epidemiológicos e os indicadores em saúde bucal incidirem em grupos restritos de patologia, normalmente a cárie dentária. O autor sinaliza a necessidade de inovação quanto ao acesso e à cobertura, incorporação da assistência odontológica ao conjunto da população SUS, realização de diagnóstico de saúde bucal como rotina, o estabelecimento de protocolos de referência e contra-referência e inovação à clínica odontológica.

Nickel *et al.* (2008) realizaram uma revisão de literatura sobre os modelos assistenciais existentes em saúde bucal, relatando falhas semelhantes no que se refere à universalidade e integralidade da atenção, havendo foco para atuação em clientela específicas sendo a principal ou única forma de acesso aos serviços, concluindo, portanto que os modelos assistenciais são indispensáveis para a construção de uma odontologia pública de maior eficácia e qualidade a fim de finalmente fazer valer para a população os princípios do SUS.

Assim, a proposta deste estudo foi avaliar a resolutividade das ações de saúde bucal desenvolvidas na atenção básica do município de Marília/SP, através do indicador de acesso ao tratamento odontológico, o percentual de cobertura populacional em TCI e informações referentes à atenção secundária, na busca pelo conhecimento de qual proposta organizativa de atenção em saúde bucal

existente no município (UBS ou USF) é mais resolutiva e conseqüentemente apresenta maior eficácia em relação às necessidades em saúde bucal da população.

Da mesma maneira é importante destacar que a literatura praticamente não apresenta trabalhos que analisam a resolutividade das ações de saúde bucal em atenção básica, inclusive no que se refere a inter-relação com a atenção secundária, não havendo desta forma resultados expressos para comparação aos obtidos neste estudo, sendo que os trabalhos que analisam modelos em saúde bucal se restringem a avaliação de um serviço ou programa específico, de diagnóstico da situação de serviços de saúde, estudos de caso sobre a implementação de um programa ou política pública conforme citado por Almeida; & Macinko (2006) e Nickel (2008).

Inicialmente, nos resultados obtidos na tabela 3 e 4 que descrevem os coeficientes de tratamento inicial (TI), tratamento completado inicial (TCI) e resolutividade por unidade de saúde que compõem a amostra do estudo, observa-se que os coeficientes relativos ao TI, não foram estatisticamente diferentes. Já no que se refere ao coeficiente TCI sobre a população estimada maior que dois anos, verifica-se valores de 16,74 para o modelo USF e 6,93 para o modelo UBS, havendo uma diferença estatisticamente significativa e que espelha a diferença de 40,97% de resolutividade na UBS em relação aos 83,56% da USF.

Portanto, de acordo com os dados estatísticos, fica evidente que o modelo USF apresenta maior resolutividade que o modelo UBS com uma diferença de mais de 40% em relação à conclusão de tratamentos odontológicos iniciados. Ressalta-se que não foram encontrados trabalhos na literatura que reforcem ou contraponham estes resultados e conseqüentemente a afirmação deste autor que a USF é mais resolutiva, especificamente no que se refere ao atendimento odontológico entre os distintos modelos. Carvalho (2004) ressalta que o impacto das ações de saúde bucal no PSF, tem evidente progresso do ponto de vista da universalidade, equidade e integralidade, entretanto não existe comparação com outro modelo, portanto acredita-se ser uma análise peculiar deste estudo. Quando

comparada ao modelo Saúde da Família como um todo no que se refere ao impacto das ações, um estudo realizado em 2006 pela Universidade Estadual de Pelotas comparou a atenção básica tradicional com a Saúde da Família e mostrou que o cuidado de idosos foi maior nas áreas atendidas pela SF, comparativamente à atenção prestada pelas unidades tradicionais (Brasil, 2008).

Em relação a análise dos indicadores de saúde geral como a mortalidade infantil, o qual é um dos indicadores de avaliação mundial das ações da APS, e qualidade de vida, um estudo sobre a avaliação do impacto da Estratégia Saúde da Família sobre a Mortalidade Infantil no período de 1990 a 2002, identificou que o aumento da cobertura populacional pela Saúde da Família teve o maior impacto na redução da mortalidade infantil, sendo que a cada 10% de população coberta houve a redução maior que o mesmo percentual de acesso a água tratada, ou que o mesmo percentual de expansão do acesso à leitos hospitalares (Brasil, 2008).

Segundo o Fundo das Nações Unidas para a infância – UNICEF a taxa de mortalidade infantil no Brasil reduziu-se à metade entre 1990 e 2006 (de 46,9 por mil para 24,9 por mil nascidos vivos). Assim o relatório da UNICEF “Situação Mundial da Infância 2008 – Sobrevivência Infantil” atribui este significativo resultado, além de outras, às ações da Saúde da Família (Brasil, 2008).

Desta forma, a significativa diferença apontada neste estudo, pode estar associada ao modo singular de implantação e o propósito da Saúde da Família onde a equipe de saúde bucal deve ter a responsabilidade de criar e manter vínculo entre a comunidade e os profissionais de saúde, garantindo assim a longitudinalidade do cuidado. Os autores deste estudo concordam com Mendes (1999) que considera o cuidar como mais que vigiar, portanto é também, ampliar o conceito de vigilância à saúde bucal, sendo que a Saúde da Família propicia esta aplicação por intervir com a família num relacionamento cooperativo em que a equipe de saúde procura aliar os conhecimentos científicos às habilidades de observação, comunicação e intuição. A atuação não fica restrita à espera dos sinais de alarme ou da ocorrência de eventos sentinela, mas a detecção precoce de estrangulamentos, ou de nós críticos que evidenciam os problemas e as

necessidades de saúde.

Já em relação ao modelo instituído na UBS, as ações em saúde bucal estão focadas sobremaneira na atenção à demanda espontânea, sendo que os tratamentos odontológicos iniciados, geralmente são em usuários que demandam o serviço com alguma queixa odontológica, onde é identificada a necessidade de tratamento e a proposição de continuidade para conclusão das necessidades individuais em saúde bucal, reforçada pela lógica instituída no processo histórico de construção do cuidado em saúde no país, no que se refere a atenção produzida pelo modelo biomédico, atuando com foco na cura de doenças, que ainda é hegemônica nas práticas dos serviços de saúde (Morosini, 2007).

Isto se justifica pelos baixos resultados de resolutividade identificados nas UBS, tendo o maior índice não ultrapassado 72%, o que está intimamente relacionado com o perfil dos profissionais dos cirurgiões-dentistas e equipe de saúde, que na grande maioria exercem práticas tradicionais de longa data, o que provavelmente impacta na organização do processo de trabalho focado na lógica historicamente adotada na atenção em saúde bucal no país, além do vasto território adscrito à unidade de saúde dificultando o acompanhamento mais próximo dos usuários.

Destaca-se ainda neste estudo que havia equívoco no preenchimento das fichas de atendimento odontológico, pelos profissionais que atuam nas UBSs, em relação ao indicador principal Primeira Consulta Odontológica Programática que reflete, em percentual, a proporção de habitantes que recebeu a primeira consulta odontológica com fins de planejamento para realização do tratamento odontológico no âmbito da atenção básica.

Assim, ressalta-se que, no ano de 2007, a coordenação do programa municipal de saúde bucal da secretaria municipal da saúde de Marília realizou uma reunião com todos os CDs da rede, a fim de ajustamento do entendimento em relação ao procedimento e indicador de primeira consulta odontológica programática, pois na avaliação dos relatórios dos sistemas de informações, percebeu-se que, principalmente nas UBSs, este indicador estava sendo utilizado

também para anotação àqueles casos que demandavam espontaneamente o serviço de saúde com queixa odontológica onde era desenvolvida uma ação pontual para resolução da necessidade odontológica que motivou o usuário buscar atendimento. Desta forma é verossímil afirmar que o período analisado no presente estudo, em relação aos dados coletados de primeira consulta odontológica programática, refletem de forma muito transparente e fielmente ou muito próximo do real o que acontece na prática dos serviços de saúde bucal avaliados.

Portanto, este estudo corrobora com Teixeira (2011), o qual relata a importância de se melhorar o instrumento de avaliação em saúde, a necessidade de os profissionais se atentarem para o preenchimento diário correto de todos os procedimentos e atividades realizadas e, também receber capacitação quanto ao uso das tecnologias de monitoramento. Ressalta ainda que a adoção de registros diários pelo próprio profissional, e não por agentes administrativos da equipe, faz com que a equipe de saúde tenha subsídios para discutir a atuação de cada um de seus membros.

No município de Marília existe um relatório mensal de atividades que contém informações mais precisas para o acompanhamento e avaliação do trabalho desenvolvido pela equipe de saúde bucal, podendo ser utilizado como ferramenta fundamental para minimizar a dificuldade de ter informações fidedignas.

Outro ponto importante a ser discutido que pode contribuir para o entendimento dos resultados obtidos neste trabalho, em relação à resolutividade significativamente maior da Saúde da Família frente à UBS, é a organização do processo de trabalho, sendo que a afirmação de Franco & Merhy (1999) sobre o modo de assistir as pessoas, a produção do cuidado, que requer vínculo, divisão de responsabilidades e resolutividade, está diretamente ligada à concepção de trabalho e a subjetividade da cada profissional e usuário, e pode impactar diretamente no processo de produção em saúde e cuidado das pessoas.

No presente estudo, pode-se dizer que há uma diferença considerável em

relação à organização do processo de trabalho entre os dois modelos de acordo com as características peculiares que descrevem cada um. Na UBS, a população adscrita na área de abrangência é bem superior que na USF, dificultando assim, desde o acesso territorial geográfico dos pacientes para a unidade de saúde até o reconhecimento de toda a clientela do território e conseqüentemente a formação de vínculo e pouca adesão ao tratamento, já que iniciam-se muitos pacientes, para tratamento odontológico através da consulta odontológica programática (TI) e conclui-se efetivamente poucos tratamentos (TCI), comprometendo assim o pressuposto do acompanhamento longitudinal almejado para a APS com impacto direto sobre a resolutividade da saúde bucal neste modelo de atenção.

Desta forma, é importante reforçar a afirmação da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) que “o conceito de oferta de serviços, implícito na definição de cobertura, significa que tais serviços sejam acessíveis aos membros da comunidade e, desse modo, satisfaçam às suas necessidades no tocante à saúde”.

Assim a mera existência ou disponibilidade de um serviço não garante a acessibilidade. É necessário subdividir este conceito em acessibilidade geográfica (a distância, o tempo de locomoção e os meios de transporte devem determinar a localização dos estabelecimentos e não áreas teóricas de jurisdição), acessibilidade financeira (os pagamentos ou contribuição para utilização dos serviços não devem constituir obstáculos), acessibilidade cultural (não deve haver conflito entre os padrões técnicos e administrativos dos serviços e os hábitos, padrões culturais e costumes das comunidades em que sejam prestados), e acessibilidade funcional (os serviços devem ser prestados oportunamente e em caráter contínuo, bem como estar disponíveis a qualquer momento, atender à demanda real e incluir um sistema de referência que assegure fácil acesso ao nível de assistência que se requer) (OPAS, 1977).

É importante ressaltar ainda que a avaliação dos índices utilizados para obtenção do resultado das unidades de saúde analisadas neste estudo, de forma separada ou única, TI e TCI não refletem em impacto na resolutividade, haja vista que mesmo a unidade apresentando alto coeficiente de TI, a resolutividade pode

ser baixa, caso o coeficiente de TCI seja baixo.

Portanto, a análise do TI isoladamente mede o nível de acessibilidade ao tratamento odontológico, mas não reflete o grau de resolutividade, assim como o TCI analisado separadamente, apenas traduz a conclusão de tratamentos odontológicos na unidade de saúde a cada 100 habitantes.

Partindo-se da premissa que para efetivar a resolutividade na assistência é necessário assegurar o acesso à todos os níveis de atenção (acessibilidade funcional), neste estudo foram analisados também os dados da atenção secundária em odontologia, inter-relacionando-os com a resolutividade existente nas ações de atenção básica.

As tabelas 5 e 6 apresentam o coeficiente de agendamento e demanda reprimida por 100 habitantes, da especialidade de endodontia por unidade de saúde e modelo de atenção. Os resultados demonstraram que a USF apresentou o coeficiente do número de agendamentos (7,45/100 hab.) e demanda reprimida (1,44/100 hab.) superior a UBS que obteve os valores de 2,82/100 hab. e 0,68/100 hab. nas variáveis estudadas respectivamente. Esses resultados podem refletir os critérios adotados para a implantação da Saúde da Família, especificamente no município de Marília onde se prioriza as regiões periféricas, formando um cinturão ao redor da cidade, estando implantada em sua grande maioria em áreas de maior vulnerabilidade social, apresentando famílias de risco, com necessidades de saúde acumuladas, dentre elas odontológicas, principalmente em relação à doença cárie e sendo suas consequências resultantes no tratamento endodôntico. Soma-se também ao fato de que a ESF, efetivamente trabalha sob a ótica de uma visão ampliada de saúde, buscando a efetivação do princípio da integralidade da atenção.

Desta forma, este estudo está de acordo com Carvalho (2004) que ressalta que o impacto das ações de saúde bucal no PSF, tem evidente progresso do ponto de vista da universalidade, equidade e integralidade. Esta análise é importante na avaliação da resolutividade da atenção básica considerando que a integralidade da atenção se efetiva na coordenação do cuidado pela APS

integrada à rede nos demais níveis de atenção (neste estudo - atenção secundária), que vai desde o acesso ao acompanhamento e resolução da necessidade de saúde existente.

Segundo Narvai (2001) o PSF tem ficado restrito apenas à atenção básica, contrariando outro princípio constitucional: o do “atendimento integral, que pressupõe acesso a todos os níveis de atenção, acesso este não assegurado em todos os lugares onde o PSF vem sendo implantado. Essa lógica não se aplica ao município de Marília, pois fica evidente que com os resultados obtidos em relação ao acesso à endodontia (uma das maiores necessidades odontológicas em especialidade de forma geral) acrescentado ao da atenção básica a Saúde da Família efetivamente apresentou melhores resultados em relação à integralidade da atenção em seu componente de acesso ao nível secundário de atenção em saúde bucal que na UBS.

As tabelas 7, 8, 9 e 10 apresentam o resultado da avaliação feita para o percentual de faltas em consulta inicial, o abandono de tratamento e resolatividade nas especialidades de Endodontia, Periodontia, Estomatologia, Pacientes Especiais, Cirurgia Buco-maxilo-facial e Odontopediatria do CEO existentes no município de Marília, para cada unidade de saúde analisada neste estudo.

Verifica-se que não houve diferenças estatisticamente significantes para os modelos avaliados, em relação às especialidades odontológicas.

No que se refere a faltas e abandonos do tratamento odontológico em especialidades, mesmo não tendo sido encontrada significância estatística na comparação entre os modelos estudados, destaca-se que foi identificado importante percentual de faltas e abandonos em todas as especialidades.

Diante disso, Rocha (2000) analisou o abandono do tratamento no Centro de Saúde Murialdo em Porto Alegre/RS, onde os resultados do estudo revelaram como principais causas do abandono a impossibilidade de faltar ao trabalho, o tempo de duração do tratamento demasiado longo e as causas externas ao serviço, como doenças, gravidez e mudança de domicílio, o que provavelmente também explica o percentual de abandono encontrado no presente estudo.

Chaves *et al.* (2011) desenvolveram um estudo que visou avaliar a taxa de utilização dos serviços odontológicos especializados de quatro CEOs na Bahia. A pesquisa apresenta estudos que analisam diferentes formas de organização do serviço que tenham possibilitado maior utilização da oferta disponível, como diferenças de remuneração, articulação com APS e adequação da oferta às necessidades de saúde da população.

Percebe-se que a maioria dos trabalhos encontrados na literatura em relação à avaliação de modelos de atenção, fazem uma dicotomia entre a organização do processo de trabalho da equipe de saúde bucal com a organização do modelo de saúde geral existente no lócus de desenvolvimento da ação, a unidade de saúde, o que para nós, o entendimento é que o modelo geral é o que prevalece sendo indutor da organização das ações de saúde bucal conforme o macro modelo organizacional existente na unidade de saúde. Além de praticamente inexistência de trabalhos voltados à avaliação das ações de saúde bucal, em relação ao modelo organizativo do processo de trabalho Elias (2006), com um estudo que compara as modalidades assistenciais do PSF e UBS por estrato de exclusão social no Município de São Paulo, considerou as opiniões de usuários, profissionais de saúde e gestores, não obtendo diferenças significativas para profissionais e gestores. Contudo, o índice de atenção básica, aferido por meio dos usuários é mais elevado nas unidades PSF do que nas UBS, o que corrobora com os resultados obtidos no presente estudo onde a ESF se destaca com maior resolutividade em relação a UBS.

Já Soares (2007) realizou um estudo que teve como objetivo caracterizar o modelo assistencial de saúde bucal em nível local ou municipal, onde as unidades mostraram-se resolutivas, não apresentando diferença estatisticamente significativa entre unidade não PSF e unidades PSF.

Desta forma, nos poucos estudos existentes na literatura sobre a comparação entre os modelos de atenção, encontra-se divergência nas conclusões obtidas, tornando evidente que existem variáveis diversas a serem

consideradas na efetiva identificação de qual modelo é melhor que o outro, haja vista as peculiaridades do local em que se está efetivando o estudo.

7. CONCLUSÃO

Conclui-se que o tipo de modelo assistencial adotado no município de Marília interfere na resolutividade das ações de saúde bucal na atenção básica, sendo melhor para o modelo baseado na Saúde da Família.

Com relação à organização do modelo de atenção em saúde bucal analisado (UBS/USF), evidencia-se impacto efetivo nos resultados de acesso (TI), conclusão de tratamento odontológico iniciado (TCI) e resolutividade na atenção básica, onde a Saúde da Família se mostrou melhor no coeficiente de TCI e resolutividade frente a UBS.

Percebe-se então, que houve diferença entre os modelos, nos dados referentes à atenção básica, mas essa diferença não foi observada na atenção secundária, embora haja indícios que isso também ocorra.

É importante avaliar os modelos assistenciais de saúde bucal estruturados com a finalidade de orientar o planejamento e a execução de ações na esfera municipal indispensável para a construção de uma odontologia pública mais resolutiva, de maior eficácia e qualidade, fazendo concretizar para a população os princípios do SUS.

REFERÊNCIAS

Almeida NS, Araújo MVA, Araújo IC. Atendimento odontológico no SUS: manual para o cirurgião-dentista. Medcenter.com Odontologia [acesso 2009 Mai 28]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documento/informmes/psfinfo9.pdf>.

Andrade LOM, Barreto, ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In Campos GWS *et al.* (org.), Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz. 2006; p. 783-836.

Baldani MHP, Lopes CMDL, Kriger L, Matsuo T. A odontologia para bebês no Estado do Paraná, Brasil – perfil do Programa de Atenção Precoce à saúde bucal. J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê. 2003; 6: 210-6.

Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. Ciênc. Saúde Coletiva. 2002; 7(4 Suppl): 709-17.

Botazzo C, Oliveira MA. Atenção Básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. São Paulo: Páginas & Letras Editora e Gráfica; 2008 [acesso 2009 Mai 28]. Disponível em <http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/meida/saude/file/IS-abre.pdf>.

Brasil. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Atenção Primária e promoção da Saúde. Brasília: CONASS; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da família (PSF) e o Programa Agentes

Comunitários de Saúde (PACS). Portaria n. 648 de 28 de março de 2006. Diário Oficial da União 2006; 2006 mar 29. Seção 1, p.71.

Brasil. Ministério da Saúde. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa Saúde da Família (PSF). Portaria n. 267 de 06 de março de 2001. Diário Oficial da União 2001; 2001 mar 07. Seção 1, p. 67.

Brasil. Ministério da Saúde. Aprova o Manual para organização da Atenção Básica no Sistema único de Saúde. Portaria n. 3.925 de 17 de novembro de 1998. Diário Oficial da União 1999; 1999 fev 02. Seção 1, p. 23.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Portaria n. 599 de 23 de março de 2006. Diário Oficial da União 2006; 2006 mar 24. Seção 1, p. 51.

Brasil. Ministério da Saúde. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a estratégia de Saúde da família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Portaria n. 3.066 de 23 de dezembro de 2008. Diário Oficial da União 2008; 2008 dez 29. Seção 1, p. 88.

Brasil. Ministério da Saúde. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção básica à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Portaria n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Diário Oficial da União 2000; 2000 dez 29. Seção 1, p. 85.

Brasil. Ministério da Saúde. Estabelece que os profissionais de Saúde Bucal que estejam previamente vinculados a Estratégia Saúde da Família poderão ser incorporados às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde EACS. Portaria n. 302 de 17 de fevereiro de 2009. Diário Oficial da União 2009; 2009 fev 18. Seção 1, p. 37.

Brasil. Ministério da Saúde. Inclui a Saúde Bucal no Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, e estabelece as diretrizes, orientações e prazos do processo de ajuste de metas para o ano de 2011. Portaria n. 3840 de 07 de dezembro de 2010. Diário Oficial da União 2010; 2010 dez 08. Seção 1, p. 234.

Brasil. Ministério da Saúde. Mais saúde direito de todos. Brasil: Mais Saúde. [acesso 2009 Mai 28]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pacsaude/>.

Brasil. Ministério da Saúde. Painel de Indicadores do SUS 4. Temático Saúde da Família. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Plano de reorganização das ações de Saúde Bucal na Atenção Básica. Portaria n. 267 de 06 de março de 2001. Diário Oficial da União 2001; 2001 mar 07. Seção 1, p. 67

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. [acesso 2011 Abr 18]. Disponível em: www.sbbrasil2010.org/.

Brasil. Ministério da Saúde. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por Municípios, Estados e Distrito Federal. Portaria n. 91 de 10 de janeiro de 2007. Diário Oficial da União 2007; 2007 jan 11. Seção 1, p. 43.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura da Saúde da Família. [acesso 2011 Abr 20]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica; 17. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. 20 anos de Sistema único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Termo de referência para o estudo de linha de base nos municípios selecionados para o componente 1 do PROESF. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Calado GS. A inserção de equipe de saúde bucal no programa de saúde da família: principais avanços e desafios [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz; 2002.

Calvo MCM, Henrique F. Avaliação: algumas concepções teóricas sobre o tema. In: Lacerda JT, Traebert JL. A Odontologia e a estratégia saúde da família.

Tubarão. Unisul. 2006. p. 115-139.

Campos GW. A saúde pública e a defesa da vida. 2º ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1994. 175 p.

Cardoso ACC, Santos Júnior RQ, Souza LEP, Barbosa MBCB. Inserção de Equipe de Saúde Bucal no PSF, um desafio para a melhoria da qualidade de atenção à saúde. R. baiana Saúde Públ. 2002; 26(1): 94-8.

Carvalho DQ, Ely HC, Paviani LS, Corrêa PEB. A dinâmica da equipe de saúde bucal no Programa Saúde da Família. Boletim da saúde. 2004; 18(1): 175-84.

Chaves SCL, Cruz DN, Barros SG, Figueiredo AL. Avaliação da oferta e utilização de especialidade odontológica em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2011; 27(1): 143-154.

Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima ecological study of the retrospective type, Junior AE *et al.* Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Cienc. Saúde coletiva. 2006; 11(3).

Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, *et al.* Avaliação de efetividade da Atenção Básica em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. Cad. de Saúde Pública. 2008; 24(suppl. 1).

Ferreira RA. Em queda livre? Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. São Paulo. 1998; 52(2): 104-10.

Fischer TK. Indicadores da atenção básica: associação com as condições

socioeconômicas, fluoretação de águas e a Estratégia Saúde da Família no sul do Brasil. [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.

Franco T, Merhy E. PSF: contradições e novos desafios. Conferencia Nacional de Saúde On-line; 1999 [acesso 2010 Fev 3]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>.

Furtado JP. Avaliação de programas e serviços. In: Campos GW, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006. p. 715-740.

Gonçalves RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; 1994.

Guimarães AO, Costa ICC, Oliveira ALS. As origens, objetivos e razões de ser da Odontologia para bebês. J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê. 2003; 6: 83-6.

Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; 2005.

Junqueira SR, Frias AC, Zilbovicius C. Saúde bucal coletiva: quadros social, epidemiológico e político. In: Rode SM, Nunes SG. Atualização clínica em odontologia. São Paulo: Artes Médicas; 2004. p. 591-604.

Klein CH, Bloch KV. Estudos seccionais. In: Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Wernec GL. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 125-150.

Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações

intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2001; 6(2): 269-291.

Leyvia-Flores R, Ervit-Erice J, Kageyama-Escobar ML, Arredondo A. Prescripción, acceso y gasto em medicamentos entre usuarios de servicios de salud en Mexico. Apud Madureria PR, Capitani, EM, Campos GWS. Avaliação da qualidade da atenção à saúde na rede básica. *Cad. Saúde Pública*. 1989; 5(1): 45-59.

Malik AM, Schiesari LMC. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998.

Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: HUNTEC, 1999.

Morosini MVGC, Corbo ADA (Orgs). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 27-41. [acesso 2011 Jan 20] Disponível em:

<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>.

Narvai PC. *Jornal do Site Odonto*. Saúde bucal no PSF: SUS ou SUSF?. [acesso 2009 Mai 27]. Disponível em: <http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/capel/capel8.htm>.

Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Hucitec; 1994

Nickel DA. Modelo de avaliação da efetividade da atenção em saúde bucal. [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.

Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(2).

Oliveira AGRC, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. Ação Coletiva 1999; 2: 9-13.

Oliveira AGRC, Souza ECF. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. In: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, organizadora. Odontologia preventiva e social: textos selecionados. Natal: EDUFRN. 1997; p. 114-24.

Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. Ciência & Saúde Coletiva. 2005; 10 (sup): 297-302.

Paim J. Reforma sanitária e os modelos assistências. In: Rouquayrol MZ, Almeida FN. Epidemiologia & Saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Médsi, 1999. p.473-488.

Pereira DQ, Pereira JCM, Assis MA. 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. 2003; 8(2): 599-609.

Peres MA, Peres KG, Antunes JLF, Junqueira SR, Frazão P, Narvai PC. The association between socioeconomic development at the town level and the distribution of dental caries in Brazilian children. Rev. Pan. Salud. Publica. 2003; 14(3Suppl): 149-57.

Pina APB. Portal de Saúde Pública – Investigação e Estatística/Desenho do Estudo. [acesso 2009 Mai 28] Disponível em: www.saudepublica.web.pt/03-Investigacao/031-EpiInfolInvestiga/desenho.htm.

Pires ROM. A saúde pública, o Sistema Único de Saúde e o Programa Saúde da Família. [acesso 2010 Mai 29]. Disponível em: <http://www.fafica.br/odontologia/jofa/jofa2004/textosdidaticos/body/v04n1td1.html>

Reis MA, Terra SA, Oliveira FA, Teixeira VPA. Princípios de Estatística aplicada à Patologia [acesso 2009 Mai 27]. Disponível em: http://www.uftm.edu.br/patolo/patqe/estat_ppg.htm.

Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Seção Saúde Bucal. Manual para sistema de informação em saúde bucal do SUS. [acesso 2010 Mai 29]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/1203617853435Manual%20Sistema%20Informacao%20Atencao%20Basica%20Odontologia.pdf>

Rose G. Sick individuals and sick populations: with discussion. Int. J. Epidemiol. 2001; 30: 427:32.

Rouquayroli ZM, Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. cap. 06, 161-164.

Rocha CR, Bercht, SB. Estudo do abandono do tratamento odontológico de um serviço público de Porto Alegre: O Centro de Saúde Murialdo. R. Fac.Odontol Porto Alegre. 2000; 42 (2): 25-31.

Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal

em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2008; 24(12): 2871-2880.

Sampaio LFR, Souza HM. Atenção Básica: política. Diretrizes e modelos coletâneos no Brasil. In: Negri B, Faria R, Viana A. (orgs). Recursos Humanos em Saúde. Política, desenvolvimento e mercado de trabalho. São Paulo: UNICAMP. 2002; p. 09-32.

Sander B. Administración de la educación en América Latina: el concepto de relevância cultural. La Educación. 1984; [acesso 2011 Abr 29] Disponível em: http://www.bennosander.com/publicacao_detalle.php?cod_texto=21.

Silva SF. A saúde bucal dentro da estratégia de saúde da família no estado de Pernambuco. [Monografia de Residência]. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2006.

Soares SCM. Avaliação da saúde bucal na atenção básica: [dissertação]. Natal: UFRJN; 2007.

Souza DS, Caminha JAN, Ferreira MA, Tomita NE, Narvai PC, Gevaerd SP, et al. A inserção da saúde bucal no PSF. Rev. bras. Odontol. Saúde Col. 2001; 2(2): 13-29.

Souza TMS, Roncalli AG. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. Cad. de Saúde Pública. 2007; 23(11): 2727-39.

Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidade de saúde, serviço e tecnologias. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002

Starfield B. IS US health really the Best in the world. JAMA. 2000; 284(4): 483-485.

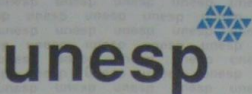
Tanaka O, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente, um modo de fazer. São Paulo: EDUSP; 2001.

Teixeira ND, Facchini SA, Castilho ED. Avaliação da evolução da demanda de saúde bucal através do uso de sistemas de informação em saúde. Rev. enfer. saúde. 2011; 1(1): 50-59.

Walter LRF, Garbelini ML, Gutierrez MC. Bebê-Clínica, a experiência que deu certo. Divulg. Saúde Debate. 1991; 6: 65-8.

Zanetti CHG, Lima MAU. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. Divulg. Saúde Debate. 1996; 13: 18-35.

ANEXO I

 UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO" Campus Marília
Parecer do Projeto nº. 1820/2009
IDENTIFICAÇÃO
1. Título do Projeto: AVALIAÇÃO DA RESOLUTIVIDADE EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA COMPARANDO OS MODELOS DE ATENÇÃO EXISTENTES NO MUNICÍPIO DE MARÍLIA
2. Pesquisador Responsável: Orientador(a) ANTONIO CARLOS PEREIRA e Orientando(a) JAQUELINE VILELA BULGARELI DE FARIA
3. Instituição do Pesquisador: Faculdade de Filosofia e Ciências – UNESP/Marília
4. Apresentação ao CEP: 18/11/2009
5. Apresentar relatório em: Semestralmente durante a realização da pesquisa.
OBJETIVOS
Avaliar a resolutividade das ações de saúde bucal desenvolvidas na atenção básica, considerando o indicador de acesso ao tratamento odontológico, o percentual de cobertura populacional em TCI, bem como o número de pacientes encaminhados para atenção secundária comparando a Estratégia Saúde da Família e o modelo tradicional de atenção; Identificar se há diferença na cobertura de acesso ao serviço odontológico (primeira consulta odontológica programática) nas Unidades de Saúde da Família (USF) e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); Avaliar a cobertura populacional em TCI nas USFs e nas UBSs; Analisar a porcentagem de TCI em relação à primeira consulta odontológica programática; Comparar quantitativamente os encaminhamentos para a atenção secundária, por especialidade, gerados nas USFs e nas UBSs; Identificar qual modelo de atenção apresenta maior eficácia em relação às necessidades da atenção básica.
SUMÁRIO DO PROJETO
Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (Ministério da Saúde -MS,2006). A resolutividade dos serviços de saúde é uma maneira de se avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos do atendimento ao usuário e, segundo a OMS, um serviço que é "porta de entrada" do sistema de saúde deveria ser capaz de resolver pelo menos 80% dos problemas de saúde. Este estudo tem como objetivo avaliar a resolutividade das ações de saúde bucal desenvolvidas na atenção básica no município de Marília. Para tanto, será avaliado o acesso ao tratamento odontológico, o percentual de cobertura populacional em Tratamento Completado Inicial (TCI), bem como o número de pacientes encaminhados para atenção secundária comparando a Estratégia Saúde da Família e o modelo tradicional de atenção, no período de julho 2006 a julho de 2008. Os dados coletados para

Pág. 1 de 2

observação serão levantados através dos relatórios gerenciais dos sistemas de informação, SIAL (Sistema de Informação Ambulatorial Local), SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), Relatório de Avaliação de Saúde Bucal da Secretaria Municipal da Saúde do Município de Marília – (SMS) e o Departamento de Avaliação, Controle e Auditoria (DACA). Os dados serão digitados e analisados estatisticamente utilizando-se o programa EPI INFO versão 6.0 levando-se em conta as variáveis de número de TCI, de 1ª consulta odontológica e total de encaminhamentos para as especialidades. A pesquisa trata-se de um estudo observacional do tipo transversal retrospectivo com uma amostra aleatória estratificada de 50% do universo da área de estudo para as 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 34% das 29 Unidades de Saúde da Família (USF) sendo sorteadas aleatoriamente 6 UBSs e 10 USFs respectivamente.

COMENTÁRIO DO RELATOR

Em relação ao Projeto de Pesquisa apresentado temos a considerar que os documentos exigidos pelo Comitê de Ética foram providenciados. Pelo exposto, sou de parecer favorável ao Projeto em questão.

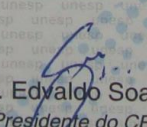
PARECER FINAL


O CEP da FFC da UNESP após acatar o parecer do membro relator previamente aprovado para o presente estudo e atendendo a todos os dispositivos das resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como também todos os anexos incluídos na pesquisa resolve aprovar o projeto de pesquisa supracitado

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

DATA DA REUNIÃO

Homologado na reunião do CEP da FFC da Unesp em 13/1/2010


Dr. Edvaldo Soares
Presidente do CEP


Prof.ª Dr.ª Mariângela Spotti Lopes Fujita
Diretora da FFC

ANEXO II

Modelo de atenção	Unidades selecionadas	Nº de 1ª consulta de 2007 a 2009	Nº de TCI de 2007 a 2009	População > 2 anos
UBS	Alto Cafezal			
	Castelo Branco			
	Chico Mendes			
	JK			
	Planalto			
	Bandeirantes			
	TOTAL			
	% total de cobertura de 1ª consulta sobre pop.>2 anos	$\frac{\text{n}^\circ \text{ 1}^\text{a} \text{ consulta}}{\text{total pop}>2 \text{ anos}} \times 100 = (\text{ ______ } \%)$		
	% total de cobertura de TCI sobre pop.> 2 anos	$\frac{\text{n}^\circ \text{ T C I}}{\text{total pop}>2 \text{ anos}} \times 100 = (\text{ ______ } \%)$		
	% total de cobertura de TCI sobre 1ªconsulta	$\frac{\text{n}^\circ \text{ T C I}}{\text{n}^\circ \text{ 1}^\text{a} \text{ consulta}} \times 100 = (\text{ ______ } \%)$		
ESF	Aniz Badra			
	Rosália/St Helena			
	Avencas			
	Jd Cavalari			
	Figueirinha			
	Vila Barros			
	Aeroporto			
	Parque dos Ipês			
	Vila Hípica			
	Altaneira			
	N. Horizonte/Dirceu			
	TOTAL			
	% total de cobertura de 1ª consulta sobre pop.>2 anos	$\frac{\text{n}^\circ \text{ 1}^\text{a} \text{ consulta}}{\text{total pop}>2 \text{ anos}} \times 100 = (\text{ ______ } \%)$		
	% total de cobertura de TCI sobre pop.> 2 anos	$\frac{\text{n}^\circ \text{ T C I}}{\text{total pop}>2 \text{ anos}} \times 100 = (\text{ ______ } \%)$		
% total de cobertura de TCI sobre 1ªconsulta	$\frac{\text{n}^\circ \text{ T C I}}{\text{n}^\circ \text{ 1}^\text{a} \text{ consulta}} \times 100 = (\text{ ______ } \%)$			

ANEXO III

Modelo de atenção	Unidades selecionadas	Endodontia			Periodontia			Estomatologia			Pac. Especiais			Cirurgia			Pediatria		
		agendamento	faltas	abandono	agendamento	faltas	abandono	agendamento	faltas	abandono	agendamento	faltas	abandono	agendamento	faltas	abandono	agendamento	faltas	abandono
UBS	Alto Cafezal																		
	Castelo Branco																		
	Chico Mendes																		
	JK																		
	Planalto																		
	Bandeirantes																		
	TOTAL																		
ESF	Aniz Badra																		
	Rosália/St Helena																		
	Avenças																		
	Jd Cavalaria																		
	Figueirinha																		
	Vila Barros																		
	Aeroporto																		
	Parque dos Ipês																		
	Vila Hípica																		
	Altaneira																		
	N. Horizonte/Dirceu																		
TOTAL																			

ANEXO IV

Modelo de atenção	Unidades selecionadas	Nº de agendamento de 2007 a 2009	Nº de demanda reprimida de 2007 a 2009	População > 5 anos (IBGE)
UBS	Alto Cafezal			
	Castelo Branco			
	Chico Mendes			
	JK			
	Planalto			
	Bandeirantes			
	TOTAL			
	% total de agendamento sobre pop.>5 anos	$\frac{\text{n}^\circ \text{ agendamento}}{\text{total pop}>5 \text{ anos}} \times 100 = (\text{ ______ } \%)$		
	% total de demanda reprimida sobre pop.> 5anos	$\frac{\text{n}^\circ \text{ demanda}}{\text{total pop}>5 \text{ anos}} \times 100 = (\text{ ______ } \%)$		
ESF	Aniz Badra			
	Rosália/St Helena			
	Avencas			
	Jd Cavalari			
	Figueirinha			
	Vila Barros			
	Aeroporto			
	Parque dos Ipês			
	Vila Hípica			
	Altaneira			
	N. Horizonte/Dirceu			
	TOTAL			
	% total de agendamento sobre pop.>5 anos	$\frac{\text{n}^\circ \text{ agendamento}}{\text{total pop}>5 \text{ anos}} \times 100 = (\text{ ______ } \%)$		
	% total de demanda reprimida sobre pop.> 5anos	$\frac{\text{n}^\circ \text{ demanda}}{\text{total pop}>5 \text{ anos}} \times 100 = (\text{ ______ } \%)$		