

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**CARACTERIZAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DO
MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE (RS), UTILIZANDO O SISTEMA DE
INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.**

LETÍCIA LARA LINHARES

**PORTO ALEGRE
2009**

LETÍCIA LARA LINHARES

CARACTERIZAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE (RS), UTILIZANDO O SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

Trabalho de Conclusão de curso apresentado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obter o título de Especialista em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Ronaldo Bordin

Porto Alegre
2009

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEO – Centros de Especialidades Odontológica

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

LRPD – Laboratórios Regionais de Prótese Dentárias

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIS – Sistemas de Informação em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

RESUMO

No Brasil, a prestação de serviços de saúde bucal tem sido de baixa complexidade, com acesso restrito ao tratamento, predominantemente limitado a ações curativas e mutiladoras. O processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem ampliado a discussão acerca da organização da atenção à saúde, visando a alcançar a universalização do acesso, a integralidade das ações, a equidade, a descentralização, a hierarquização dos serviços e o controle social. Este trabalho caracteriza o modelo de atenção à saúde bucal em Porto Alegre (RS), a partir de informações obtidas no banco de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), segundo procedimentos realizados por nível de atenção (preventivos e curativos) e complexidade (básicos e especializados), no período 2000-2007. Observou-se que os procedimentos preventivos representaram 60,2% da produção ambulatorial do período avaliado, enquanto os procedimentos básicos representam 87,8%. Houve um aumento de 1031% na realização de procedimentos relacionados a próteses dentárias e de 153% nos tratamentos endodônticos, ao mesmo tempo em que ocorreu uma redução de 48% na produção de procedimentos cirúrgicos básicos. A Secretaria Municipal de Saúde não dispõe de dados referentes à saúde bucal no município, pois inexistem, neste momento, uma coordenação de saúde bucal. O Sistema de Informações Ambulatoriais mostrou-se uma importante ferramenta na avaliação das políticas de saúde bucal nos níveis municipal, estadual e nacional, fornecendo, aos gestores, um material indispensável para a tomada de decisão: finalidade de qualquer sistema de informações.

Palavras-chave: Saúde bucal. Odontologia em saúde pública. Gestão em saúde. Sistemas de informações ambulatoriais.

ABSTRACT

Dental health services in Brazil have presented low complexity and restrict access to treatment, predominantly limited to curative and mutilative actions. The Unified National Health System's (SUS) consolidation process has increased the debate concerning the organization of health attention, aiming to reach universal access, integrality of actions, equity, decentralization, hierarchization of services and social control. The present work aimed to characterize oral health attention in Porto Alegre (RS, Brazil) through information obtained from the Outpatient Information System of the Unified National Health System (SIA/SUS) databank. The data was analyzed according to procedures carried out by level of attention (preventive and curative) and complexity (basic and specialized), between 2000 and 2007. It was observed that the preventive procedures represented 60.2% of the outpatient production in the period evaluated, while the basic procedures represented 87.7% of the sum. There was an increase of 1031% in procedures related to dental prosthesis and 153% in relation to endodontic treatments. At the same time, there was a reduction of 48% in the production of basic surgical procedures. The Municipal Secretary of Health does not have data regarding oral health in the municipality due to the non-existence of any oral health coordination in the moment. The Outpatient Information System demonstrated to be an important tool for the evaluation of oral health policies in municipal, state and national levels, providing indispensable material for managers to make decisions, the finality of every information system.

Keywords: Oral health. Dentistry in public health. Health management. Outpatient information systems.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 REVISÃO	12
3 OBJETIVOS	16
3.1 Objetivo geral	16
3.2 Objetivos específicos	16
4 MÉTODOS	17
5 RESULTADOS	20
6 DISCUSSÃO	23
7 CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS	27
ANEXO A	30
ANEXO B	31

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, a prestação de serviços de saúde bucal no Brasil tem sido de baixa complexidade, com acesso restrito ao tratamento, predominantemente limitado a ações curativas e mutiladoras. As experiências com tratamentos preventivos, por seu lado, acontecem de forma isolada; essas atividades são voltadas, principalmente, à população escolar, com reduzida realização de procedimentos de média e alta complexidade em saúde bucal (BRASIL, 2006).

O processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem ampliado a discussão acerca da organização da atenção à saúde, visando a alcançar a universalização do acesso, a integralidade das ações, a equidade, a descentralização, a hierarquização dos serviços e o controle social. A dinâmica de consolidação do SUS tem-se pautado na reorientação da Atenção Básica, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2001).

A descentralização é um dos pilares de sustentação do SUS e, do ponto de vista dos 5 507 municípios brasileiros, passou a significar a criação, reestruturação ou implementação de sistemas municipais de saúde cuja gestão, de forma progressiva e gradual, passaria a ser de responsabilidade de cada município. (SCATENA e TANAKA, 2000)

O processo de descentralização das ações de saúde no Brasil teve como base a publicação da Norma Operacional Básica (NOB), em 1991, sem muitas modificações na relação Município-Estado. Tal processo começou a se consolidar em 1993, com a operacionalização da NOB/ 93, quando os municípios passaram a incorporar o Sistema Único de Saúde (SUS), criando diferentes fases para a habilitação, segundo o tipo de gestão pelo qual optasse cada município, cumprindo os pré-requisitos da lei 8.142/1991.

Essa lei estabelece uma composição entre critérios populacionais e epidemiológicos para o cálculo das transferências. São quatro as situações de transição previstas: Incipiente, Parcial, Semiplena até chegar à Gestão Plena (BRASIL, 1999).

De acordo com Heidrich (2002), a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre manifestou desejo de aderir à modalidade de gestão incipiente em 1993; no

ano seguinte, várias Unidades de Saúde passaram para o âmbito gerencial do município. Assim também a assistência hospitalar para os acometidos de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, e a vigilância sanitária da comercialização de alimentos (HEIDRICH, 2002).

Em 1995, foram implantadas seis Gerências distritais no município. Nesse ano também a Secretaria de Saúde assumiu outras responsabilidades, tais como a contratação e autorização do cadastro de prestadores de serviços, a vigilância sanitária das creches e estabelecimentos de saúde, a programação de autorizações de internações hospitalares.

Em 1996, foi editada a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-01/96) que propôs a "Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão", com a finalidade de promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal. O teor de tal Norma redefiniu a função do gestor municipal e a conseqüente responsabilidade dos Estados, do Distrito Federal e da União, procurando avançar na consolidação dos princípios orientadores de um sistema universal e igualitário (BRASIL, 1999).

Neste ano, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre assumiu a modalidade de gestão semiplena. A partir de então, o município passou a ser responsável pela gerência de diversos serviços (postos de saúde, ambulatórios e serviços especializados), anteriormente administrados pelo estado e pelo governo federal, através da regulação e do pagamento de todos os procedimentos do SUS realizados no município por prestadores públicos ou privados.

Em 1998, Porto Alegre enquadrou-se na condição de mais alto nível de autonomia previsto pela NOB/96: a modalidade de gestão plena do sistema de saúde. Assim, a assistência à saúde oferecida pelo SUS em Porto Alegre passou a estar sob responsabilidade e gerenciamento da Secretaria Municipal de Saúde a ser oferecida através de uma rede de serviços municipais – municipalizados e contratados. A Secretaria passou a oferecer atenção ambulatorial – básica e especializada –, internações e tratamentos hospitalares e atendimento de urgências e emergências (HEIDRICH, 2002).

De acordo com Chagas (2007), o imenso contingente populacional sem acesso à assistência odontológica aliado ao envolvimento de trabalhadores da saúde odontológica, levou, em 2000, à publicação da Portaria n. 1.444, que definiu a inclusão da saúde bucal na ESF. Esta inclusão foi, posteriormente, detalhada pela

Portaria nº. 267, em 2001, intitulada Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, a qual define os objetivos e as bases para reorientação das ações de saúde bucal no PSF, esclarece as atribuições dos profissionais da equipe (cirurgião-dentista, técnico em higiene dental, auxiliar de consultório odontológico), define o financiamento das equipes e os equipamentos e instrumentais mínimos para assistência.

Além da dívida em relação à inserção da saúde bucal no ESF, havia a baixa cobertura de serviços especializados no âmbito do SUS, correspondente a 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. Neste contexto, foi publicada a Portaria n. 1.570/GM, em 2004, que estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológica (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentárias (LRPD). Tais centros possuem serviços especializados de Odontologia para realizar, no mínimo, as seguintes atividades: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia e atendimento a pacientes com necessidades especiais. A Portaria n. 1.571, do mesmo ano, garantiu incentivos financeiros para custeio e implantação dos CEO e de LRPD.

Em 2006, através da Portaria n. 648, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da atenção básica do PSF e do PACS. Esta portaria incluiu a saúde bucal na política de atenção básica de forma explícita, aproximando a saúde bucal coletiva de uma prática mais vinculada ao trabalho em equipe multidisciplinar.

Segundo o relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde – ocorrida em 1996 – o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde devem implementar ações de Atenção Integral à Saúde Bucal. Essas ações devem garantir o acesso da população de todas as faixas etárias à integralidade das ações que visam à promoção, preservação, manutenção, correção e reabilitação, inclusive os serviços mais complexos e especializados, respeitando as necessidades locais.

Pesquisa realizada pela Secretaria da Saúde do Estado, no ano de 2003, configurou o perfil da saúde bucal na população do RS, considerando a cárie dentária, a doença periodontal, a má conclusão, as perdas dentárias e o

consequente uso e necessidade de prótese como os problemas que mais afetam a saúde bucal da população.

A mutilação dos indivíduos provocada pelas extrações dentárias crescentes a partir da adolescência e as dificuldades na reabilitação foram os maiores problemas constatados neste estudo, evocando a necessidade de reflexão sobre as práticas odontológicas executadas nos serviços, sua lógica curativista, tecnocentrada e de baixo impacto social (Rio Grande do Sul, 2004).

O processo de descentralização da Saúde tem ampliado a utilização dos sistemas de informação como instrumentos de planejamento e gestão. A consulta a bancos de dados sobre desenvolvimento social (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDH-M e Censos) e Sistemas de Informação em Saúde (SIS) – como o Sistema de Informação Ambulatorial (SAI) e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), entre outros – permite recuperar informações relacionadas à esfera municipal. Essas são importantes tanto na implementação de políticas sociais e programas de saúde, como na reorganização e no controle das ações de saúde bucal (BARROS e CHAVES, 2003).

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) 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. Através deles, 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. O conhecimento desta realidade permite uma avaliação qualitativa da eficácia das intervenções e dos impactos das práticas sanitárias (RIO GRANDE DO SUL, 2007).

Os únicos sistemas nacionais que registram os procedimentos realizados pelas equipes de saúde bucal são o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), este ainda em processo de construção no que se refere às ações odontológicas. O grande desafio do Sistema Único de Saúde é transformar a infinidade de dados em informações; essas em conhecimento da realidade sanitária do país, para que as necessidades da população sejam de fato priorizadas e atendidas pelo setor público (RIO GRANDE DO SUL, 2007).

O município de Porto Alegre conta com uma rede de atenção básica composta de 117 Unidades de Saúde e 84 equipes da ESF, implantadas a partir de 1996. Essas 84 equipes atendem a uma população de 290 mil moradores da cidade, sendo compostas por seis agentes comunitários de saúde, dois auxiliares de enfermagem, um médico e um enfermeiro. Cada equipe é responsável, em média, por 850 famílias correspondendo a, aproximadamente, 3,5 mil a quatro mil pessoas. De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde, até o momento foram implantadas somente sete equipes de saúde bucal na ESF (BALDISSEROTTO, 2008).

Segundo dados do Ministério da Saúde, a população do município coberta por ações de saúde bucal na ESF não chega a 4%. Havia, no ano de 2008, 189 cirurgiões dentistas atuando nos serviços municipais de saúde, 167 destes clínicos gerais.

Neste mesmo período, existiam duas equipes de saúde bucal modalidade 1 implantadas, e cinco equipes de saúde bucal modalidade 2, sendo a modalidade 1 composta por um cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário; a modalidade 2 composta por um cirurgião dentista, um técnico em higiene dental e um auxiliar de consultório dentário. Além disso, havia cinco CEOs, três LRPDs e três unidades de atendimento a pessoas com deformidade buco-maxilo-facial.

O objetivo deste trabalho será analisar a política de saúde bucal do município de Porto Alegre. Com base nos dados da produção ambulatorial e dos gastos envolvidos, obtidos a partir do SIA-SUS, será caracterizado o modelo de atenção à saúde bucal do município.

2 REVISÃO

Scatena e Volpato (2006) avaliaram a política de saúde bucal do município de Cuiabá, capital do estado do Mato Grosso, de 1995 a 2002, a partir do banco de dados do SIA-SUS. Observaram uma tendência de elevação da produção no período de 1996 a 2000, especialmente de procedimentos especializados, seguido de uma queda no número de procedimentos odontológicos realizados no biênio seguinte, principalmente dos procedimentos básicos.

A explicação encontrada para esses eventos foi que a Secretaria Municipal de Saúde priorizou outros setores da atenção básica em detrimento da saúde bucal no período de 2000 a 2002, e a Coordenadoria de Saúde Bucal pode ter priorizado os atendimentos da clínica odontológica, com ênfase na atenção especializada. Segundo os autores, o SIA-SUS mostrou-se uma importante ferramenta na avaliação da política de saúde bucal nos níveis municipal, estadual e federal, especialmente quando associado a outras fontes documentais.

Também empregando dados do SIA-SUS, Chaves e Barros (2003) analisaram o processo de reorganização das ações de saúde, objetivando subsidiar uma proposta metodológica de avaliação da atenção odontológica de municípios brasileiros. Para isso, foi construída uma série histórica de 1995 a 2001 da produção ambulatorial de dois municípios do Estado da Bahia (municípios A e B), sendo os procedimentos registrados classificados em consulta odontológica e procedimentos coletivos, preventivos individuais, restauradores, cirúrgicos e periodontais.

Neste caso, ocorreu um aumento geral da produção ambulatorial odontológica para ambos os municípios, bem como um incremento dos procedimentos coletivos na população entre cinco e 14 anos. O município B apresentou maior ênfase nos procedimentos coletivos, quando comparado ao município A, onde se verificou existir um modelo mais centrado em ações curativas. Observou-se também que havia uma regularidade na alimentação dos dados de procedimentos coletivos, indicando a necessidade de padronização no registro destes.

As autoras salientam o fato de que o registro elevado de procedimentos coletivos nem sempre corresponde à definição referida nos manuais do SIA-SUS, podendo ocorrer uma superestimação nestes números. Destacam ainda as

limitações do SIA-SUS, relatando que os dados desse sistema são relativos aos procedimentos realizados, limitando a análise da utilização dos serviços; não permitindo um levantamento de perfis de morbidade.

Com o objetivo de discutir as relações entre a descentralização das ações de saúde no Brasil e as características da atenção a saúde bucal, Chaves e Silva (2007) realizaram um estudo comparando dois municípios do Estado da Bahia (municípios C e E), em diferentes graus de implantação da gestão descentralizada do SUS. As autoras buscaram as informações através de entrevistas semi-estruturadas, da observação das práticas de saúde bucal e através da análise de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde.

O município C, classificado como em estágio avançado de descentralização, apresentou padrão intermediário de implantação de ações de saúde bucal. Enquanto o município E, em estágio incipiente em relação à descentralização, também se mostrou incipiente no que se refere aos serviços públicos odontológicos.

Esse estudo revelou que a descentralização não tem sido acompanhada de melhorias na capacidade de gestão dos serviços odontológicos, apesar do aumento no repasse de recursos financeiros para esta área. Mas a existência de um projeto de reorganização das práticas de saúde, de capacidade técnica e de governabilidade para implementá-la, constituíram-se em aspectos favoráveis que podem ter influenciado no melhor desempenho observado no que tange às ações específicas de saúde bucal.

Já Martelli et al. (2008) analisaram o modelo de atenção à saúde bucal em nove municípios do estado de Pernambuco, a partir do relato dos seus coordenadores de saúde bucal. Os autores executaram uma entrevista semiestruturada com cada um dos coordenadores sobre o modelo de saúde bucal adotado pelo município, suas atividades como coordenador, a formação e as práticas desenvolvidas pelo cirurgião-dentista inserido na Equipe de Saúde da Família, os procedimentos de atenção básica e a rede de referência e contrarreferência. Utilizando uma metodologia qualitativa para avaliar os dados obtidos nas entrevistas, foi criada uma matriz de qualificação dos municípios, em que os mesmos foram classificados de acordo com o perfil dos profissionais e das ações e dos serviços oferecidos.

Os resultados mostraram que, dos municípios analisados, três enquadram-se na categoria “estruturado”; cinco na categoria “semi-estruturado” e apenas um como

“não-estruturado”. Isso demonstra que a maioria dos municípios apresenta dificuldades na estruturação da saúde bucal, principalmente nas questões relacionadas à incorporação de novas práticas assistenciais e à qualificação profissional dos cirurgiões-dentistas e dos coordenadores de saúde bucal.

Almeida e Ferreira (2008) realizaram uma pesquisa para conhecer as práticas preventivas e educativas em saúde bucal realizadas pelos dentistas do Programa Saúde da Família de Natal, Rio Grande do Norte. Através de entrevistas estruturadas com os cirurgiões-dentistas, constataram que as atividades individuais de orientação de higiene bucal e de aplicação tópica de flúor, entre todos os entrevistados, corresponderam a 87,5% e 95%, respectivamente. Em âmbito coletivo, todos que atuavam nas escolas (91,2%) realizavam aplicação tópica de flúor, enquanto 86,2% desenvolviam ações educativas.

Já a análise documental executada a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS e do Sistema de Informação de Atenção Básica demonstrou que as atividades preventivas representaram 41% do total de procedimentos. Dentre essas, aplicação tópica de flúor gel por sessão correspondeu a 24,4% e escovação supervisionada, a 31%. Quanto às atividades educativas, 57,4% realizaram-se no estabelecimento de saúde e 42,6%, na comunidade.

Dayliz et al. (2003) relatam, em seu trabalho sobre a prática odontológica em unidades básicas de Feira de Santana (BA), que a prática odontológica tem raízes históricas, culturais e sociais na formação do cirurgião-dentista, pautada no modelo flexneriano ou na medicina científica, constituindo-se em uma prática individual, curativa, tecnicista, especializada e biologicista. Explica que esse modelo expressa um conjunto que envolve o mecanicismo, biologicismo, individualismo, especialismo, especialização, exclusão de práticas alternativas, tecnicista do ato odontológico, com ênfase na odontologia curativa e de gestão tecnocrática. Conclui, então, que a prática odontológica é baseada nesse modelo, embora demonstre ser ineficaz, na medida em que não responde, em níveis significativos, aos problemas de saúde bucal da população, e ineficiente, uma vez que é de alto custo e baixíssimo rendimento.

Este autor diz – ainda – que a prática odontológica, desde o final do século passado, vem carregando uma grande contradição. Essa é retratada na evolução técnica da odontologia, com novos equipamentos, medicamentos e procedimentos mais simplificados, porém, com seu alcance social mínimo, o que torna

cientificamente questionáveis as medidas de intervenção, fazendo com que o modelo assistencial seja de alta complexidade e com ênfase no enfoque curativo.

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal apontam em outro sentido, propondo a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal, com a qualificação da atenção básica e a garantia da integralidade nas ações de saúde bucal, articulando individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população (BRASIL, 2004).

Levando em consideração os poucos estudos presentes na literatura quanto à análise das políticas de saúde bucal no âmbito do SUS, este estudo objetiva, com base nos dados da produção ambulatorial registrados no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), caracterizar o modelo de atenção à saúde bucal do município de Porto Alegre (RS).

3 OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo serão descritos a seguir:

3.1 Objetivo geral

Caracterizar o modelo de atenção à saúde bucal do município de Porto Alegre (RS).

3.2 Objetivos específicos

- Descrever a produção ambulatorial registrada no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), no período 2000-2007;
- Sistematizar os procedimentos realizados por nível de atenção (preventivos e curativos) e de complexidade (básicos e especializados).

4 MÉTODOS

Realizou-se a seleção, o levantamento, a organização e a análise de dados secundários de produção ambulatorial em saúde bucal do município de Porto Alegre com base na fonte de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS). O levantamento cobriu a produção da totalidade da rede ambulatorial existente no município a partir de 2000 – ano em que a saúde bucal foi inserida na Estratégia Saúde da Família – até 2007.

Para os cálculos, foi considerada a totalidade da população do município em cada ano, segundo os levantamentos censitários e as estimativas populacionais realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009).

Os procedimentos considerados para análise foram todos os procedimentos odontológicos inseridos na tabela do SUS e informados pelos municípios no SIA-SUS. Esses foram organizados segundo nível de atenção (preventivos e curativos) e complexidade (básicos e especializados).

Os procedimentos básicos compreendem:

a) Procedimentos coletivos: escovação dental supervisionada, bochecho com flúor, aplicação tópica de flúor e exame bucal com finalidade epidemiológica;

b) Procedimentos individuais preventivos: primeira consulta odontológica programática, aplicações terapêuticas de flúor, aplicação de carióstático, aplicação de selante, controle de placa bacteriana, escariação, remoção de indutos e cálculo supragengival e polimento dental;

c) Dentística básica: remoção de tecido cariado; capeamento pulpar; restaurações com: amálgama, compósitos, silicato, resina composta fotopolimerizável, ionômero de vidro e a pino;

d) Odontologia cirúrgica básica: exodontia simples de dentes decíduos e dentes permanentes, tratamento de alveolite, ulotomia e tratamento de pequenas hemorragias e procedimentos de urgência.

Já os procedimentos especializados são:

a) Dentística especializada: restaurações de ionômero de vidro;

b) Periodontia: cirurgia periodontal, enxerto gengival, gengivoplastia, gengivectomia, raspagem corono-radicular, tratamento periodontal de urgência e curetagem subgengival;

c) Endodontia: necropulpectomia de dentes decíduos e permanentes, tratamento endodôntico de dentes unirradiculares e multirradiculares decíduos e permanentes, retratamento endodôntico de dentes unirradiculares e multirradiculares decíduos e permanentes e apicetomia;

d) Odontologia cirúrgica especializada: cirurgia pré-protética, cirurgia com finalidade ortodôntica, curetagem periapical, exodontias múltiplas, redução de luxação na articulação temporo-mandibular, glossorrafia, reimplante e transplante dental, remoção de cistos, marsupialização de cistos, remoção de corpos estranhos na região buco-maxilo-facial, remoção de dentes retidos, remoção de tórus e exostoses, reconstrução parcial do lábio, excisão de cálculo de glândulas salivares, excisão da glândula submandibular, redução de fraturas alvéolo-dentárias, tratamento cirúrgico de fistulas, ulectomia, contenção de dentes, tunelização e remoção de foco residual;

e) Radiologia odontológica: radiografias oclusal, periapical, interproximal e panorâmica e cefalometrias com traçado;

f) Prótese dentária: coroas provisórias, recolocação de incrustações ou coroas, próteses totais removíveis, próteses parciais removíveis, próteses provisórias, placas de contenção, reembasamento de próteses, núcleo metálico fundido, moldagem para adaptação de próteses e acompanhamento de próteses dentárias.

Dos itens acima citados, os procedimentos coletivos e os procedimentos individuais preventivos são considerados procedimentos preventivos; os demais são procedimentos curativos.

Categorizados os procedimentos, a partir da análise dos dados da produção ambulatorial no período de 2000 a 2007, caracterizou-se o modelo de atenção à saúde bucal do município de Porto Alegre. Para isso, foi considerado o número de procedimentos por nível de atenção (ou seja, se há prioridade para práticas preventivas ou se predominam as curativas), por complexidade e pela cobertura dos serviços.

Ainda que centrado na análise de dados contidos em bases de dados de domínio público, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina, UFRGS, sob protocolo nº 14.738.

5 RESULTADOS

A produção ambulatorial de saúde bucal no Município de Porto Alegre, segundo dados do SIA-SUS e organizada por categoria de procedimentos, encontra-se na Tabela 1. Tem-se que não ocorreu grande variação entre os procedimentos no período de 2000 a 2007, considerando-se o total desses realizados em cada ano. Chama a atenção os procedimentos preventivos coletivos, que passaram a constar do sistema em 2006, e apresentaram um aumento de 191,4% em 2007. .

Tabela 1: Produção ambulatorial (número de atendimentos) em saúde bucal no município de Porto Alegre, 2000-2007.

Tipo de procedimento	Ano								Total
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Procedimentos coletivos	0	0	0	0	0	0	32.338	94.226	126.564
Procedimentos individuais preventivos	290.744	308.335	357.051	341.014	331.991	337.452	335.811	309.551	2.611.949
Dentística básica	95.928	99.174	108.774	101.179	84.911	79.992	86.215	103.591	759.764
Odontologia cirúrgica básica	81.134	82.984	85.349	74.870	47.569	42.538	40.021	42.152	496.617
Dentística especializada	8.405	11.323	13.235	9.547	12.113	12.701	918	0	68.242
Periodontia	3.399	3.226	3.076	2.781	1.863	3.352	2.417	2.964	23.078
Endodontia	5.551	7.617	7.822	10.092	12.115	12.864	11.772	14.065	81.898
Odontologia cirúrgica especializada	3.182	3.500	3.772	3.882	4.606	3.333	3.329	3.583	29.187
Radiologia odontológica	49.837	45.853	44.327	39.472	38.408	49.436	39.366	45.624	352.323
Prótese dental	97	116	127	165	164	435	186	1.097	2.387
Total	538.277	562.128	623.533	583.002	533.740	542.103	552.373	616.853	4.552.009

Fonte: Datasus

A confecção de próteses dentais aumentou em 1.031%; de tratamentos endodônticos, em 153%, no período 2000 a 2007. Já na realização de procedimentos cirúrgicos básicos ocorreu uma queda progressiva no final do período: (redução de 52%) e na dentística especializada (redução de 89,1% de 2000 a 2006, chegando a 100% em 2007).

Considerando-se a produção ambulatorial de procedimentos básicos e especializados (tabela 2 e figura 1), verifica-se que os aqueles representam 87,8% do total da produção ambulatorial do período.

Tabela 2: Produção (número de atendimentos) de procedimentos básicos e especializados no município de Porto Alegre, 2000-2007.

Tipo de procedimento	Ano								Total
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Procedimentos Básicos	467.806	490.493	551.174	517.063	464.471	459.982	494.385	549.520	3.994.894
Procedimentos especializados	70.471	71.635	72.359	65.939	69.269	82.121	57.988	67.333	557.115

Fonte: Ministério da Saúde

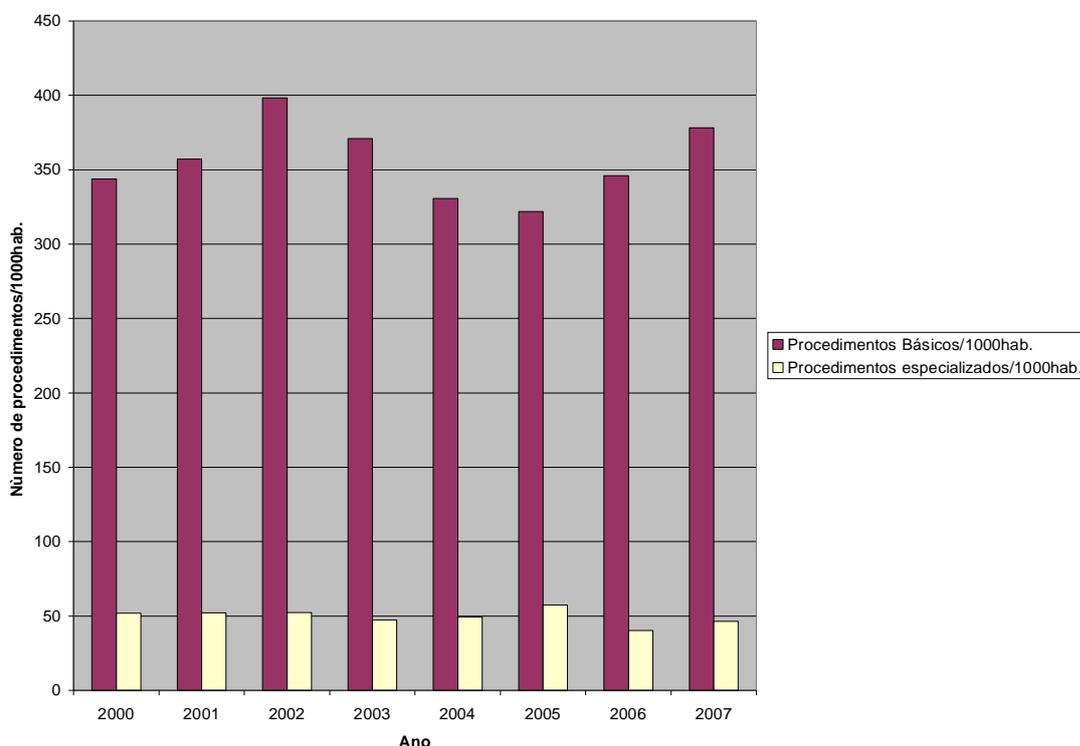


Figura 1: Gráfico comparativo entre o número de procedimentos básicos e de procedimentos especializados a cada 1000 habitantes no Município de Porto Alegre, no período de 2000 a 2007.

Fonte: Ministério da Saúde

Quanto aos procedimentos preventivos (tabela 3), nota-se um aumento de 38,9% em relação ao número de procedimentos realizados no ano de 2000 e em

2007 (figura 2). Também se verifica que esses predominam com relação aos curativos, representando 60,2% do total de procedimentos realizados no período.

Tabela 3: Produção (número de atendimentos) de procedimentos preventivos e de procedimentos curativos no Município de Porto Alegre no período de 2000 a 2007 (Brasil, 2000 a 2007)

Tipos de procedimentos	Ano								Total
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Procedimentos preventivos	290.744	308.335	357.051	341.014	331.991	337.452	368.149	403.777	2.738.513
Procedimentos curativos	247.533	253.793	266.482	241.988	201.749	204.651	184.224	213.076	1.813.496

Fonte: Ministério da Saúde

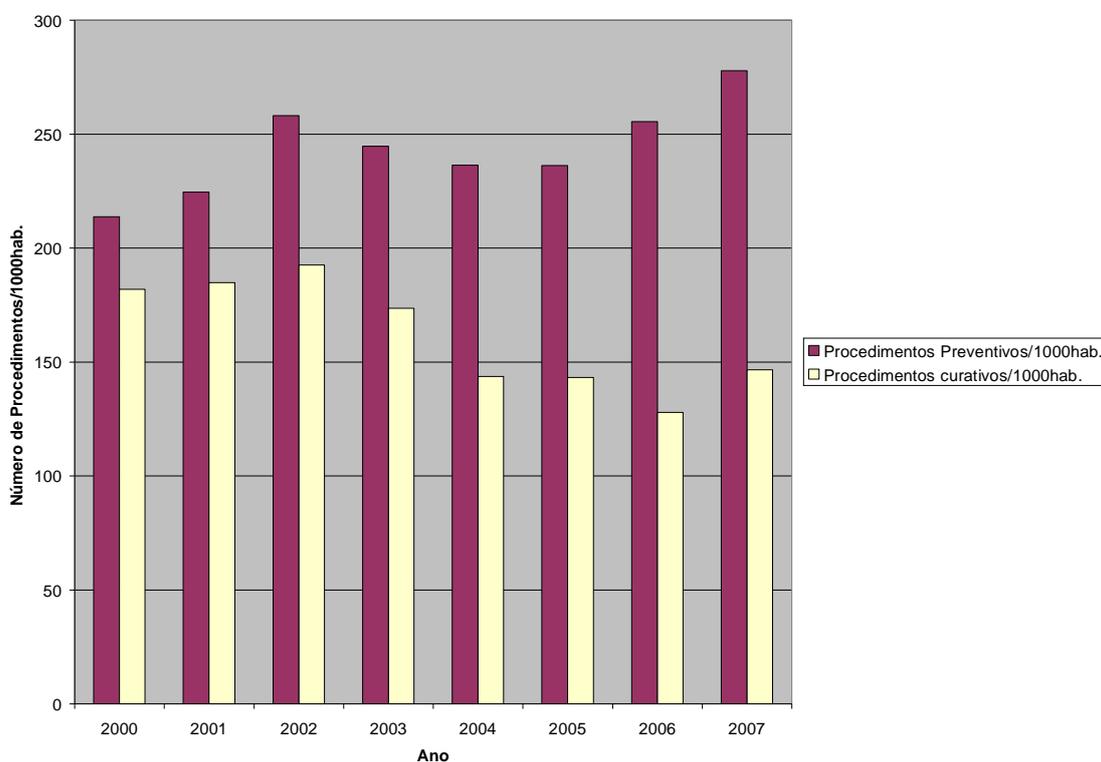


Figura 2: Gráfico comparativo entre o número de procedimentos preventivos e de procedimentos curativos a cada 1000 habitantes no Município de Porto Alegre, no período de 2000 a 2007.

Fonte: Ministério da Saúde

6 DISCUSSÃO

A produção ambulatorial de saúde bucal no Município de Porto Alegre, segundo dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), organizados por categoria de procedimentos (tabela 1), não demonstra grande variação no período de 2000 a 2007, considerando o total de procedimentos realizados em cada ano. Barros e Chaves (2003) chamam a atenção para o fato de que a alimentação da base de dados dos procedimentos ambulatoriais da produção odontológica, considerados de maior tradição na área, como consultas, exodontias e restaurações, apresenta certa confiabilidade no registro. Os procedimentos coletivos, considerados procedimentos mais recentes, por seu lado, apresentam sérios problemas de registro e padronização, comprometendo sua confiabilidade.

Já os procedimentos relacionados à confecção de próteses dentais sofreram um aumento de 1.031%, passando de 97 registrados em 2000 a 1.097 procedimentos desse tipo em 2007. Nesse ano, foram instalados mais dois Centros de Especialidade Odontológicas – modalidade II – no município, além da implantação de mais um Laboratório Regional de Prótese Dentária. Estes eventos podem estar relacionados com o aumento observado.

Ocorreu, também, um aumento progressivo na realização de tratamentos endodônticos, que são procedimentos que visam conservar a estrutura dental, chegando a 153% em 2007, se for tomado como base o ano de 2000. Enquanto isso, ocorreu uma redução sucessiva na realização de procedimentos cirúrgicos básicos que incluem a extração dentária, chegando em 2007 a 48,05%. Mas não é possível afirmar que os dois eventos estão relacionados, pois não há registro de informações suficientes.

No ano de 2002, a Secretaria Municipal de Saúde constatou que houve uma queda no número de extrações dentárias e um aumento no número de procedimentos restauradores. Sugeriu, então, que este aumento nos procedimentos restauradores poderia ser decorrente da melhora no acesso aos serviços e à procura mais precoce por atendimento. Concluiu, porém, que a proporção entre os procedimentos restauradores e cirúrgicos radicais, que compreendem as extrações

dentárias, permanecia alta e longe do objetivo que se queria alcançar (PORTO ALEGRE, 2002).

Em 2003, o relatório de gestão da Secretaria Municipal de Saúde salientou haver uma tendência de redução nas exodontias com relação à totalidade dos procedimentos. Embora não fosse muito acentuada – situava-se aquém do pactuado – foi considerada como um fator positivo em resposta à orientação da secretaria quanto à ênfase ao caráter conservador dos procedimentos (PORTO ALEGRE, 2003).

Considerando-se a produção ambulatorial de procedimentos básicos e especializados, verifica-se que há uma predominância na realização de procedimentos básicos em relação aos especializados. Esses perfazem 87,8% do total da produção ambulatorial do período.

A assistência odontológica pública no Brasil tem-se restringido quase que completamente aos serviços básicos — ainda assim, com grande demanda reprimida. Os dados mais recentes indicam que, no âmbito do SUS, os serviços odontológicos especializados correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. É evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária comprometendo, em consequência, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde. A expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica (BRASIL, 2004)

Por outro lado, as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal apontam para a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e à oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário terciário de modo a buscar a integralidade da atenção.

Essas diretrizes enfatizam a necessidade da reorientação do modelo de atenção em saúde bucal, tendo entre, seus pressupostos, que seja assumido o compromisso de qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade, independentemente da estratégia adotada pelo município para sua organização e a incorporação da Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica (BRASIL, 2004).

Outra proposta da Política Nacional de Saúde Bucal prevê a reorientação do modelo de atenção à saúde bucal, respondendo a uma concepção de saúde não

centrada somente na assistência aos doentes; sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e na intervenção nos fatores que a colocam em risco.

Dentre as medidas propostas está a incorporação progressiva de ações de promoção e proteção em saúde, como fluoretação das águas de abastecimento, educação em saúde, higiene bucal supervisionada e aplicações tópicas de flúor. Com exceção da fluoretação da água, as demais ações estão diretamente relacionadas ao papel do cirurgião-dentista como ator desse processo.

Segundo dados da Secretaria municipal de saúde, a fluoretação das águas de abastecimento público na cidade chega em 99% dos domicílios (PORTO ALEGRE, 2002). Já nos dados colhidos no SIA-SUS, observa-se que há um progressivo aumento, no decorrer do período avaliado, na produção de procedimentos preventivos no município. Além disso, percebe-se que esses predominam com relação aos procedimentos curativos, os quais sofreram uma redução na produção no decorrer do período.

7 CONCLUSÃO

Conclui-se que, no período avaliado, predominam, no município, as práticas preventivas e a produção de procedimentos básicos, com uma tendência à diminuição das extrações dentárias e ao aumento dos tratamentos conservadores.

Quanto à atual gestão do município de Porto Alegre, mais especificamente da Secretaria de Saúde, há uma escassez de informações sobre saúde bucal uma vez que não há coordenador de saúde bucal e nenhuma política de saúde bucal implantada. Os relatórios anuais de gestão da Secretaria, que dispõem de informações acerca da saúde bucal, estão publicados somente até o ano de 2003.

O conceito ampliado de saúde, definido no Artigo 196 da Constituição da República, deve nortear a mudança progressiva dos serviços, evoluindo de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação (BRASIL, 2004).

Diante do exposto, ressalta-se a importância do acompanhamento constante do SIA, pois esse constitui uma importante ferramenta na avaliação das políticas de saúde bucal nos níveis municipal, estadual e nacional, fornecendo aos gestores um material indispensável para a tomada de decisão: finalidade de qualquer sistema de informações.

Além disso, os profissionais da saúde envolvidos no processo devem utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território, subsidiando planejamento, ou seja, devem buscar que as ações sejam precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações, através da abordagem familiar e de relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde. E ainda, acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos (BRASIL, 2004).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Gilmara Celli Maia de; FERREIRA, Maria Ângela Fernandes. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, set. 2008, v.24, n.9, p. 2131-2140.

BALDISSEROTTO, Julio; LUVISON, Indiana. Saúde Bucal na estratégia saúde da Família em Porto Alegre, RS. In: MOYSÉS, Simone Tetu; KRIGER, Léo; MOYSÉS, Samuel Jorge. **Saúde Bucal das Famílias: Trabalhando com evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 125-35.

BARROS, Sandra Garrido de; CHAVES, Cristina Lima. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília (DF), v. 12, n.1, p. 41-51, jan./mar. 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rev_epi_vol12_n1.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica Saúde**. Brasília (DF): MS, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica**. Brasília (DF): MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília (DF): MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil Sorridente**. Autorização para Procedimentos de Alto Custo/Complexidade – APAC para Prótese Dentária Total e Prótese Dentária Parcial Removível. Brasília (DF): MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações de saúde**. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: dez. 2008.

CHAGAS, Reginaldo Alves das. Política nacional de atenção à saúde bucal. In: ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha. **SUS Passo a Passo: história, regulamentação, financiamento e políticas nacionais**. 2. ed. revisada e ampliada. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 685-702.

CHAVES, Sônia Cristina Lima; SILVA, Lúgia Maria Vieira da. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, maio 2007, v. 23, n. 5, p. 1119-1131.

HEIDRICH, Andréia Valente. **O Conselho Municipal de Saúde e o processo de decisão sobre a política de saúde municipal**. 2002. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Sociologia, Universidade federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

MANFREDINI, Marco Antônio. Planejamento em saúde bucal. In: PEREIRA, Antonio Carlos. **Odontologia em Saúde Coletiva**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 50-63.

MARTELLI, Petrônio José de Lima; CABRAL, Amanda Priscila de Santana; PIMENTEL, Fernando Castim; MACEDO, Cícera Lissandra Sá Vieira; MONTEIRO, Ive da Silva; SILVA, Shirley Florêncio da. Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. **Revista Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, out 2008, v.13, n.5, p.1669-1674.

PEREIRA, Dayliz Quinto; PEREIRA, Júlio César Motta and ASSIS, Marluce Maria Araújo. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. **Ciências e saúde coletiva** 2003, v. 8, n. 2, pp. 599-609.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão Anual 2002**. Porto Alegre: SMS, 2002

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão Anual 2003**. Porto Alegre: SMS, 2003.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Relatório final da 2ª Conferência Estadual de Saúde Bucal**. Porto Alegre: SES, 2004.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Manual para sistema de informação em saúde bucal do SUS**. Porto Alegre: SES, 2007.

SCATENA, João Henrique G. e TANAKA, Oswaldo Yoshimi. A descentralização da saúde no Estado de Mato Grosso, Brasil: financiamento e modelo de atenção. **Revista Panamericana de Salud Publica**. 2000, v. 8, n. 4, p. 242-249.

VOLPATO, Luiz Evaristo Ricci; SCATENA, João Henrique. Análise da política de saúde bucal de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, a partir do banco de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília (DF), v. 15, n. 2, p. 47-55, abr./jun. 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_vol15_n2.pdf>. Acesso em: nov. 2008.

ANEXO A

A população considerada neste estudo, é a população residente no município de Porto Alegre no período de 2000 a 2007, segundo o censo do IBGE realizado no ano de 2000 e estimativas populacionais para os anos seguintes.

População Residente por Ano		
Ano	População	Método
2007	1.453.075	Estimativa
2006	1.440.940	Estimativa
2005	1.428.694	Estimativa
2004	1.404.670	Estimativa
2003	1.394.087	Estimativa
2002	1.383.454	Estimativa
2001	1.373.312	Estimativa
2000	1.360.590	Censo

Tabela 1: População residente estimada no Município de Porto Alegre, 2000-2007.

Fonte: IBGE, censos e estimativas, 2009.

ANEXO B

Protocolo da Comissão de Ética em Pesquisa da UFRGS, referente à aprovação do projeto de pesquisa para a análise e caracterização do modelo de atenção da saúde bucal do Município de Porto Alegre, RS, utilizando o sistema de informações ambulatoriais do Sistema Único de Saúde.

Pesquisador: Ronaldo Bordin

Sair

Dados do Projeto de Pesquisa

Projeto Nº: 14738

Titulo: Análise e Caracterização do Modelo de Atenção da Saúde Bucal do Município de Porto Alegre, RS, Utilizando o Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde

Área do Conhecimento: Política e Planejamento Governamentais

Início: 01/07/2008

Previsão de conclusão: 31/07/2009

Situação: projeto em andamento

Origem: Faculdade de Medicina

Departamento de Medicina Social

Projeto da linha de pesquisa Tecnologia e Práticas de Gestão em Saúde

Objetivo: Objetivo geral Caracterizar o modelo de atenção à saúde bucal do município de Porto Alegre (RS). Objetivos específicos - Descrever a produção ambulatorial registrados no SIA-SUS, no período 2000-2007; - Sistematizar os procedimentos realizados por nível de atenção (preventivos e curativos) e complexidade (básicos e especializados).

Palavras-Chave

Administração E Planejamento Em Saúde

Epidemiologia

Gestão Em Saúde

Políticas De Saúde

Saúde Bucal

Saúde Coletiva

Equipe UFRGS

Nome: Ronaldo Bordin

Participação: Coordenador

Início: 01/07/2008

Nome: Leticia Lara Linhares

Participação: Pesquisador

Início: 01/07/2008

Anexos

Projeto Completo

Data de Envio: 09/02/2009

Avaliações

Comissão de Pesquisa de Medicina - Aprovado