



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Sandro Aurélio Weber Krampe

**ACESSO UNIVERSAL E CAPACIDADE DE ATENDIMENTO EM
SAÚDE BUCAL DO SUS NA REGIÃO NOROESTE DO
RIO GRANDE DO SUL**

Porto Alegre
2012

Sandro Aurélio Weber Krampe

**ACESSO UNIVERSAL E CAPACIDADE DE ATENDIMENTO EM
SAÚDE BUCAL DO SUS NA REGIÃO NOROESTE DO
RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Gestão em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Paul Fisher

Porto Alegre
2012

Sandro Aurélio Weber Krampe

**ACESSO UNIVERSAL E CAPACIDADE DE ATENDIMENTO EM
SAÚDE BUCAL DO SUS NA REGIÃO NOROESTE DO
RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de conclusão de curso de
Especialização apresentado ao Programa de
Pós-Graduação em Gestão em Saúde da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
como requisito parcial para a obtenção do
título de Especialista em Gestão em Saúde.

Conceito final:

Aprovado em dede.....

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. – Instituição

Prof. Dr. – Instituição

Prof. Dr. – Instituição

Orientador – Prof. Dr. Paul Douglas Fischer – UFRGS

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus**, por ter me dado forças e a oportunidade de realizar mais um projeto em minha vida.

À minha **família**, cujas pessoas são indispensáveis em minha vida, pela paciência, estímulo e coragem em todos os momentos.

Aos meus **colegas** do curso de Gestão em Saúde, pelo companheirismo e convívio que tivemos, embora na maior parte virtual.

Ao meu **professor orientador**, pelo apoio e orientação segura deste trabalho.

À **UFRGS**, à **UAB** e à **PNAP**, por terem proporcionado este curso tão interessante, permitindo o meu crescimento profissional.

E, finalmente, minha gratidão e agradecimentos a todos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização deste sonho, possibilitando esta nobre e prazerosa experiência.

*“De que serve construir arranha-céus,
se não há mais almas humanas para morar
neles?”*

(Érico Veríssimo)

RESUMO

A busca pela universalidade do sistema de saúde é uma condição de cidadania e, portanto, desenvolver métodos práticos para sua avaliação é de suma importância para a sociedade e para o Sistema Único de Saúde. Este trabalho faz uso dos sistemas de informação em saúde disponibilizados pelo DATASUS, com vistas a avaliar a evolução estrutural do atendimento público em saúde bucal de municípios da região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, visando a avaliar as condições de acesso por meio de indicadores criados para isso. Nesse sentido, procedeu-se uma análise histórica nos indicadores oficiais de saúde bucal do Sistema Único de Saúde em cinco municípios da região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul que possuem uma população com características étnicas e culturais semelhantes. Nesse sentido, foram escolhidos os seguintes municípios da região Noroeste do Rio Grande do Sul: Ijuí, pólo regional, cidade de porte médio, com população predominantemente urbana; e os municípios de Ajuricaba, Catuípe, Coronel Barros e Bozano, de pequeno porte e população predominantemente rural. Os dados obtidos desses municípios foram comparados aos indicadores estaduais e nacionais no mesmo período.

Palavras-chave: Acesso. Universalidade. Integralidade. Indicadores em saúde. Saúde bucal.

ABSTRACT

The search for universal health care system is a condition of citizenship, and therefore, to develop practical methods for its evaluation is of great importance for society and for the health care system. This study makes use of health information systems provided by DATASUS, in order to assess the structural evolution of the public oral health care of municipalities in the northwestern region of Rio Grande do Sul, to evaluate the conditions of access through indicators established for this. There will be a historical analysis in official indicators of oral health of the health care system in five counties of northeastern Rio Grande do Sul, which have a population with similar ethnic and cultural characteristics. Were chosen to analyze the city center in the region Ijuí, a medium-sized city with a population that is predominantly urban hub of the city region and the municipalities of Colonel Barros and Bozano small and predominantly rural population, and data obtained will be compared to those municipalities indicated pain state and national in the same period.

Key words: Access. Universality. Completeness. Health indicators. Oral health

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Fórmula esquemática da cobertura da saúde bucal num território.....	27
Figura 2.	Fórmula esquemática dos Procedimentos individuais por habitante.....	29
Figura 3.	Fórmula esquemática de cálculo de profissionais por mil por habitantes.....	30
Figura 4.	Fórmula esquemática de cálculo de consultórios por mil por habitantes.....	31
Figura 5.	Fórmula esquemática de potencial produtivo de consultórios.....	32
Figura 6.	Fórmula esquemática de cálculo do potencial produtivo anual de consultórios.....	32

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Percentual de população atendida anual.....	52
Gráfico 2.	Procedimentos por habitante anual.....	54
Gráfico 3.	Cirurgiões dentistas por mil habitantes.....	57
Gráfico 4.	Auxiliares em Saúde Bucal por mil habitantes.....	58
Gráfico 5.	Consultórios odontológicos por mil habitantes.....	58
Gráfico 6.	Cobertura do ESF – Saúde Bucal em percentual da população coberta.....	59
Gráfico 7.	Produtividade – Procedimentos por cirurgião-dentista do SUS anual..	60
Gráfico 8.	Produtividade – Procedimentos por consultório odontológico do SUS anual.....	60
Gráfico 9.	Produtividade em percentual do máximo teórico possível de produção para os consultórios odontológicos.....	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Número de profissionais por função e especialidade para o município de Bozano.....	41
Quadro 2.	Número de profissionais por função e especialidade para o município de Coronel Barros.....	41
Quadro 3.	Número de profissionais por função e especialidade para o município de Ajuricaba.....	42
Quadro 4.	Número de profissionais por função e especialidade para o município de Catuípe.....	43
Quadro 5.	Número de profissionais por função e especialidade para o município de Bozano.....	43
Quadro 6.	Número de cirurgiões dentistas por especialidades e total para o Rio Grande do Sul - Número médio de profissionais nos 12 meses do ano..	44
Quadro 7.	Número de profissionais Auxiliares no SUS no Rio Grande do Sul.....	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Total de 1ª consultas e percentual da população atendida do município de Bozano.....	34
Tabela 2.	Total de 1ª consultas e percentual da população atendida do município de Coronel Barros.....	34
Tabela 3.	Índice de 1ª consultas e percentual da população atendida do município de Ajuricaba.....	35
Tabela 4.	Índice de 1ª consultas e percentual da população atendida do município de Catuípe.....	35
Tabela 5.	Índice de 1ª consultas e percentual da população atendida do município de Ijuí.....	36
Tabela 6.	Índice de 1ª consultas e percentual da população atendida no Estado do Rio Grande do Sul.....	36
Tabela 7.	Índice de 1ª consultas e percentual da população atendida no Brasil....	37
Tabela 8.	Número anual de procedimentos e Índice anual de procedimentos por habitantes para o município de Bozano.....	37
Tabela 9.	Número anual de procedimentos e Índice anual de procedimentos por habitantes para o município de Coronel Barros.....	38
Tabela 10.	Número anual de procedimentos e Índice anual de procedimentos por habitantes para o município de Ajuricaba.....	38
Tabela 11.	Número anual de procedimentos e Índice anual de procedimentos por habitantes para o município de Catuípe.....	39
Tabela 12.	Número anual de procedimentos e Índice anual de procedimentos por habitantes para o município de Ijuí.....	39
Tabela 13.	Número anual de procedimentos e Índice anual de procedimentos por habitantes para o estado do Rio Grande do Sul.....	40
Tabela 14.	Número anual de procedimentos e Índice anual de procedimentos por habitantes para o Brasil.....	40
Tabela 15.	Número de profissionais de saúde bucal e proporção por mil habitantes anual para o município de Bozano.....	41
Tabela 16.	Número de profissionais de saúde bucal e proporção por mil habitantes anual para o município de Coronel Barros.....	42
Tabela 17.	Número de profissionais de saúde bucal e proporção por mil habitantes anual para o município de Ajuricaba.....	42
Tabela 18.	Número de profissionais de saúde bucal e proporção por mil habitantes anual para o município de Catuípe.....	43
Tabela 19.	Número de profissionais de saúde bucal e proporção por mil habitantes anual para o município de Ijuí.....	44
Tabela 20.	Número de profissionais de saúde bucal e proporção por mil habitantes anual para o estado do Rio Grande do Sul.....	45

Tabela 21.	Total de consultórios odontológicos e proporção por mil habitantes no município de Bozano.....	46
Tabela 22.	Número de consultórios odontológicos e proporção por mil habitantes para o município de Coronel Barros.....	46
Tabela 23.	Número de consultórios odontológicos e proporção por mil habitantes para o município de Ajuricaba.....	46
Tabela 24.	Número de consultórios odontológicos e proporção por mil habitantes para o município de Catuípe.....	47
Tabela 25.	Número de consultórios odontológicos e proporção por mil habitantes para o município de Ijuí.....	47
Tabela 26.	Número de consultórios odontológicos e proporção por mil habitantes para o estado do Rio Grande do Sul.....	47
Tabela 27.	Número de consultórios odontológicos e proporção por mil habitantes para o Brasil.....	48
Tabela 28.	Produtividade dos consultórios odontológicos e percentual da capacidade teórica possível e percentual atingido para o município de Bozano.....	48
Tabela 29.	Produtividade dos consultórios odontológicos e percentual da capacidade teórica possível e percentual atingido para o município de Coronel Barros.....	48
Tabela 30.	Produtividade dos consultórios odontológicos e percentual da capacidade teórica possível e percentual atingido para o município de Ajuricaba.....	49
Tabela 31.	Produtividade dos consultórios odontológicos e percentual da capacidade teórica possível e percentual atingido para o município de Catuípe.....	49
Tabela 32.	Produtividade dos consultórios odontológicos e percentual da capacidade teórica possível e percentual atingido para o município de Ijuí.....	49
Tabela 33.	Produtividade dos consultórios odontológicos e percentual da capacidade teórica possível e percentual atingido para o Rio Grande do Sul.....	50
Tabela 34.	Produtividade dos consultórios odontológicos e percentual da capacidade teórica possível e percentual atingido para o Brasil.....	50
Tabela 35.	Produtividade por dentista em procedimentos odontológicos por profissional.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS

BPA	–	Boletim de Produção Ambulatorial
CF/88	–	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
CNES	–	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNS	–	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	–	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DATASUS	–	Departamento de Informação e Informática do SUS
DENASUS	–	Departamento de Auditoria do SUS
ESF	–	Estratégia Saúde da Família
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	–	Ministério da Saúde
SAI	–	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB	–	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	–	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	18
2.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	18
2.2 JUSTIFICATIVA	18
2.3 OBJETIVO GERAL.....	19
2.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO	20
4 MÉTODOS	25
4.1 MODELO	27
4.2 APLICAÇÃO	32
5 RESULTADOS	34
6 DISCUSSÃO	52
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS	70

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) teve seu início e criação com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/88), tendo sido depois regulamentado pelas leis federais n. 8.080/90 e n. 8.142/90, que estabeleceram a participação popular nos serviços.

A CF/88 estabelece o seguinte para a saúde:

Art. 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (redação dada pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).
[...]

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III - participação da comunidade. (BRASIL, 2011, p. 9-11).

Segundo Pontes *et al.* (2009), o princípio de universalidade dá à saúde o *status* de um direito de cidadania, ao ser definido pela CF/88 como direito de todos e dever do Estado.

Assim, embora o art. 6º da CF/88 estabeleça a saúde como direito social e, portanto, como um requisito à cidadania, isso por si só não é suficiente. Para que efetivamente haja essa cidadania, não basta apenas ter direito, mas também o acesso integral e universal ao serviço de saúde, o que materializa esse direito.

Cabe ao cidadão, portanto, exigir seus direitos e o cumprimento das leis, permitindo-lhe o acesso a um sistema que possa atendê-lo, de modo a satisfazer suas necessidades, sem haver condicionantes, como o acesso restrito (SZYMCZAK; PIRES, 2007).

Ainda segundo Pontes *et al.* (2009), a cobertura, o acesso e o atendimento nos serviços do SUS exprimem a ideia de que o Estado tem o dever de prestar esse atendimento a toda população brasileira. Já sobre a integralidade os autores citam que esta se caracteriza como

um princípio que dá à população direito ao atendimento de maneira plena em razão das necessidades que possui, articulando ações curativas e preventivas nos três níveis de assistência.

Já a Lei Federal n. 8.080/90 estabelece o seguinte:

Art. 2º. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º. O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 2011, p. 12).

Novamente aqui a saúde é garantida como um pré-requisito para a cidadania e o dever de o Estado garantir acesso universal e igualitário ao serviço de saúde. Também está expandido o conceito de integralidade, que deve levar em consideração não só o atendimento pleno para recuperação da saúde, mas também a identificação e eliminação dos fatores sociais que possam interferir negativamente na vida do indivíduo, comprometendo seu bem estar físico.

Sendo a integralidade e universalidade princípios constitucionais do SUS reforçados pela Lei nº 8.080/90, é necessário que o sistema sempre esteja em crescimento, tanto na estrutura física quanto na qualidade e eficiência, em busca da obtenção dessas características.

O SUS é um projeto grandioso cuja construção se espera que dure anos. Não se pode admitir, no entanto, que sua construção cesse ao longo do tempo, já que segundo o Conselho Nacional de Saúde (CNS), esta construção tem base nos direitos de cidadania, não havendo condições, nem fundamentação válida que permita um retrocesso (CNS, 2002, p. 5).

Seguindo esta mesma linha, este Conselho assim expressa:

A efetivação da Atenção Básica à Saúde como instrumento fundamental, não só para garantir o acesso universal ao primeiro nível de atendimento, mas, também, como forma facilitadora do acesso aos serviços de maior complexidade e custo, vindo a ser a “porta de entrada” principal do Sistema Único de Saúde. (CNS, 2002, p. 7).

E ainda defende o seguinte princípio básico: “Dar prioridade à realização de investimentos estratégicos, expandindo a capacidade instalada de serviços de forma planejada, fator fundamental para garantir o acesso universal e equitativo de toda a população.” (CNS, 2002, p. 8-9).

Uma gestão eficaz de saúde pública, portanto, sempre deve avaliar se o sistema se encontra em crescimento e se prima pelo acesso a toda população.

Dentro desta ótica o presente estudo tem por objetivo descobrir o alcance da universalidade e da integralidade de atendimento da saúde bucal em cinco municípios da região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, os quais possuem uma população com características étnicas e culturais semelhantes, fazendo uma análise histórica dos indicadores oficiais de saúde bucal do Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, foram escolhidos os seguintes municípios da região Noroeste do Rio Grande do Sul: Ijuí, pólo regional, cidade de porte médio, com população predominantemente urbana; e os municípios de Ajuricaba, Catuípe, Coronel Barros e Bozano, de pequeno porte e população predominantemente rural.

Os dados obtidos desses municípios foram comparados aos indicadores estaduais no mesmo período. A análise se reteve à área Odontológica do Sistema Único de Saúde, de forma a evitar a complexidade demasiada do mesmo e por ser a Odontologia a primeira área especializada além da Medicina e Enfermagem que geralmente é implantada no Sistema Único de Saúde. Avaliando a expansão da capacidade de atendimento e qualidade de serviço desse setor do SUS pode-se ter uma ideia se a implantação e o crescimento desse serviço está ocorrendo nestes municípios e se a aplicação de recursos está refletindo numa capacidade crescente rumo à integralidade.

Dados de 2005 revelam que os odontólogos correspondem a 8,2% do total de profissionais de saúde com curso superior no Brasil, atrás apenas de médicos, que constituem 60%, e enfermeiros que representam 13% dessa força de trabalho (BRASIL, 2007, p. 50). Além disso, 81% dos dentistas que são clínicos gerais e 99% dos com especialização em saúde pública têm vínculo com o SUS. Mesmo entre os especialistas a proporção de profissionais vinculados ao SUS é superior a 50% (BRASIL, 2007, p. 59). Isso demonstra a força da Odontologia como profissão complementar no âmbito do SUS, sendo a primeira profissão complementar de saúde implantada no sistema ambulatorial visando ao atendimento integral em saúde.

Este estudo busca saber, ainda, se o SUS tem sido implantado e ampliado ao longo do tempo nos municípios de estudo; se a implantação reflete uma crescente melhora nos

indicadores e na capacidade de atendimento do sistema do qual uma das diretrizes é a integralidade, ou se o mesmo se encontra com implantação estagnada. Também se propõe analisar o impacto de algumas políticas governamentais, como a Estratégia de Saúde da Família sobre os indicadores de saúde bucal e de atendimento nessa área, e se há alguma diferença no ritmo de expansão do SUS nos municípios de diferentes portes, fazendo também a comparação com a média estadual.

2 OBJETIVOS

2.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Para se ter a garantia de que toda a população tem condições de ser atendida pelo SUS é preciso saber se este serviço se encontra em crescimento e rumo à universalidade e integralidade. Isto é essencial para saber se o SUS segue firme em suas diretrizes constitucionais e se da forma como foi idealizado ele é viável, se um dia ele irá atingir o que se espera, tornando-se um sistema acessível e de cobertura para toda a população brasileira.

Sabe-se que a promessa de todas as esferas de governo é de que esse objetivo seja alcançado ao longo do tempo já que o SUS se encontra em construção. Mas esse discurso se torna vazio se não for verificado pelo menos anualmente e ao longo do tempo se efetivamente isto está ocorrendo e se o SUS está cumprindo seus objetivos.

Desta forma deve-se avaliar se a política de construção do SUS está efetivamente em andamento nos municípios onde se situa a sua base de atuação, seja por meio de indicadores de recursos humanos e físicos, de indicadores de produtividade do sistema, ou de indicadores que demonstrem a capacidade de atendimento, visando observar o efetivo crescimento do sistema e da sua capacidade de cobertura.

2.2 JUSTIFICATIVA

A busca pela universalidade do sistema de saúde é uma condição de cidadania e desenvolver métodos práticos para sua avaliação é de suma importância para a sociedade e para o Sistema Único de Saúde. Ao saber se o sistema de saúde está em construção tem-se noção se realmente há um investimento eficaz e se ele é capaz de atender toda a população no futuro. Caso contrário terá que rever suas políticas, pois não está cumprindo os preceitos constitucionais do SUS, devendo a gestão ser revista.

Além disso, ao desenvolver métodos de avaliação e indicadores, este estudo visa a contribuir com futuros trabalhos sobre universalidade e integralidade, com foco na região de trabalho do pesquisador, contribuindo assim com o desenvolvimento da região em que atua.

2.3 OBJETIVO GERAL

Descobrir o alcance da universalidade e da integralidade do atendimento à saúde bucal nos municípios estudados por meio da análise da estrutura física, da capacidade de atendimento e do crescimento do sistema de saúde público e sua capacidade de atender a toda população.

2.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Saber se o serviço em análise está em expansão, estagnado ou em processo de extinção;
- verificar se a integração da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) impactou em um aumento da capacidade de atendimento da saúde bucal;
- descobrir se o crescimento difere em relação ao porte do município.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Frota (2009, p. 60), “Para cada campo de atuação da saúde há um conjunto de dados e informações produzidos.” Assim, o DATASUS é o órgão responsável por coletar, armazenar, tabular e disponibilizar os dados do SUS no Brasil, sendo assim definido:

O Departamento de Informação e Informática do SUS – DATASUS – é o órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde com a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde. Sua missão é: prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática, necessários ao processo de planejamento, operação e controle do SUS, através da manutenção de bases de dados nacionais, apoio e consultoria na implantação de sistemas e coordenação das atividades de informática inerentes ao funcionamento integrado dos mesmos. (FROTA, 2009, p. 60).

Por sistemas de informação em saúde se entende um sistema de informação que permita o fácil acesso e manipulação de dados, que possam auxiliar na gestão do sistema de saúde e no seu planejamento. Além disso, conforme Frota (2009, p. 61):

A informação é fundamental para a democratização da Saúde e o aprimoramento de sua gestão. A informatização das atividades do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro de diretrizes tecnológicas adequadas, é essencial para a descentralização das atividades de saúde e viabilização e controle social sobre a utilização dos recursos disponíveis. O DATASUS, como um órgão de informática de âmbito nacional, representa papel importante como centro tecnológico de suporte técnico e normativo para a montagem dos sistemas de informática e informação da Saúde. Suas extensões estaduais constituem a linha de frente no suporte técnico às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Os serviços de saúde precisam de sistemas de dados para serem corretamente avaliados e aperfeiçoados, pois sem sistemas de registro e avaliação não é possível desenvolver uma adequada gestão do sistema. Como citam Barros e Chaves (2003, p. 42): “O processo de descentralização da Saúde tem ampliado a utilização dos sistemas de informação como instrumentos de planejamento e gestão.”

Estes autores também destacam que de todos os sistemas de informação em saúde os únicos que contemplam dados para a saúde bucal são o Sistema de Informações Ambulatoriais/Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Entre eles, o SIAB ainda se encontra em processo de implantação no que se refere às ações odontológicas em função destas terem sido incorporadas em um momento posterior na ESF. Assim, o principal instrumento de avaliação do serviço odontológico em

aspectos específicos à saúde bucal dentro do SUS ainda é o sistema SIA/SUS (BARROS; CHAVES, 2003).

Os autores supracitados ainda destacam neste mesmo rumo:

O SIA-SUS foi implantado em 1991, dentro de uma lógica predominantemente contábil de controle de gastos com a assistência ambulatorial. A unidade de registro de informações é o procedimento ambulatorial realizado, de acordo com os atos profissionais (consulta, aplicação de flúor, escariação, restauração, exodontia etc.); portanto, não há dados sobre o diagnóstico, faixa-etária da população atendida ou motivo do atendimento.

A utilização do sistema de informação ambulatorial (SIA-SUS) é proposta para a análise quantitativa da descentralização das ações de saúde.

Dessa forma, a consulta ao SIA-SUS permite um acompanhamento da programação da produção ambulatorial odontológica e a construção de alguns indicadores quantitativos das ações desenvolvidas, orientando a avaliação da organização da saúde bucal nos municípios. (BARROS; CHAVES, 2003).

Ainda segundo o Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2008, p. 15-16):

A avaliação em saúde tem como propósito fundamental dar suporte a todo processo decisório no âmbito do Sistema de Saúde e por isso deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina de profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população.

Deve-se consolidar a avaliação como ferramenta de gestão nas três esferas de governo, onde os processos avaliativos devem ser incorporados às práticas dos serviços de saúde e possam ter caráter subsidiário ao planejamento, potencializando a utilização de instrumentos de gestão como o Pacto de Indicadores e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) para tomada de decisões e formação dos sujeitos envolvidos nos processos.

Por esta razão no presente estudo serão utilizados, principalmente, os sistemas SIA/SUS, o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e os dados populacionais do IBGE, fornecidos pelo DATASUS, para construção dos indicadores. Trata-se de sistemas de informação com alimentação obrigatória para Estados e Municípios, os quais obedecem à decisão da Comissão Intergestora Tripartite e são operacionalizados por meio de portarias interministeriais. O não cumprimento dessa determinação acarreta a penalidade de bloqueio de transferência de recursos financeiros (CONASS, 2007, p. 176).

O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) foi implantado nacionalmente na década de 90, visando o registro dos atendimentos realizados no âmbito ambulatorial, por meio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA). Ao longo dos anos, o SIA vem sendo aprimorado para ser efetivamente um sistema que gere informações referentes ao atendimento ambulatorial e que possa subsidiar os gestores estaduais e municipais no monitoramento dos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos serviços de saúde, na área ambulatorial. (BRASIL, 2010a, p. 6).

O SIA/SUS é baseado numa tabela de procedimentos ambulatoriais no qual cada ato tem um código específico, organizado por nível de complexidade de atendimento, ou seja, se é de atenção básica, média ou alta complexidade. Esta tabela sofreu revisões, uma no ano de 1998, com aumento do número de códigos e de procedimentos abrangidos, e a outra mudança ocorreu uma década depois:

A partir de janeiro de 2008, o SIA e o SIH deixam de ter tabela de procedimentos específica para cada sistema e passam a utilizar uma única tabela de procedimentos do SUS.

A tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS têm como objetivo principal proporcionar ao gestor uma tabela que seja primordialmente para informação em saúde, subsidiando no processo de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle do SUS, bem como permitir a integração das bases de dados do SIA e SIH. (BRASIL, 2010a, p. 9).

A tabela unificada não alterou radicalmente a de procedimentos odontológicos do SIA/SUS, como fez a revisão de 1998, portanto, teve pouca interferência neste estudo. A maioria dos procedimentos foi mantida e a tabela de procedimentos ora considerados, referente ao período anterior e posterior de 2008, está presente nos anexos A e B deste estudo, onde se pode constatar que houve poucas mudanças.

Embora o sistema SIA/SUS tenha suas limitações e possa sofrer algumas críticas como sistema de avaliação do serviço público de saúde, ele é um instrumento importante que deve ser utilizado, como defendem Scatena e Tanaka (2001):

O SIH-SUS e o SIA-SUS configuram-se como sistemas que, apesar de suas limitações de abrangência e qualidade, são, para a maioria dos estados e municípios brasileiros, as únicas fontes de dados de internações hospitalares e atendimentos ambulatoriais. Respeitando a própria natureza desses sistemas, sua utilização tem se voltado mais para o controle de provisão e gastos com a assistência ambulatorial e hospitalar, embora os dados que provêm permitam ampliar o espectro dessa utilização, podendo inclusive subsidiar a avaliação da própria descentralização da saúde, quer do ponto de vista do financiamento da assistência à saúde, como da produção e resolubilidade dos serviços de saúde.

[...]

O SIA-SUS e o SIH-SUS podem ser utilizados para fornecer informações sobre a produção dos serviços de saúde, principalmente por meio de séries temporais de: 1) internações hospitalares, pelas principais causas ou grupos de causas; 2) atendimentos ambulatoriais, pelos vários tipos de assistência classificados no sistema.

O CNES, sistema também utilizado no presente estudo, assim é definido:

O Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES foi instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03 de outubro de 2000, publicada no Diário Oficial da União de 04 de outubro de 2000. [...]

O CNES é base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde. Dispõe de um vasto conteúdo de informações, proporcionando ao gestor conhecer a rede assistencial existente e sua potencialidade, imprescindíveis nos processos de planejamento em saúde, regulação, avaliação, controle e auditoria, bem como dar maior visibilidade ao controle social para o melhor desempenho de suas funções.

Desde sua implantação efetiva em agosto de 2003, o CNES vem sendo aprimorado e uma nova versão foi implementada, em outubro de 2005, com o objetivo de proporcionar aos gestores um sistema desenvolvido em uma linguagem mais moderna, mais amigável, de fácil compreensão e operacionalização, buscando sua qualificação e compatibilização às políticas e dotar o Sistema de Saúde com uma base cadastral atualizada, única e fidedigna em todo país, é uma ação conjunta das 03 (três) esferas de gestão do SUS.

[...]

O cadastro abrange a totalidade dos estabelecimentos de saúde existentes no país, sejam eles prestadores de serviços de saúde ao SUS ou não. O cadastro compreende o conhecimento dos Estabelecimentos de Saúde nos aspectos de Área Física, Recursos Humanos, Equipamentos, Profissionais e Serviços Ambulatoriais e Hospitalares. (BRASIL, 2008, p. 5-6).

Este levantamento de dados tem por objetivo avaliar a cobertura do sistema de saúde bucal de municípios da região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, procurando descobrir a cobertura que o sistema atinge, se a rede tem um tamanho adequado e se os investimentos feitos em saúde pelo poder público têm resultado no crescimento do sistema e na maior cobertura à população. Para isso será necessário o tratamento e tabulação dos dados, cujas formas de se fazer isso são explicadas no manual do Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI):

As informações processadas no SIA são encaminhadas pelas secretarias estaduais e municipais de saúde ao DATASUS/RJ para alimentar o Banco de Dados Nacional do SIA, cabendo a esse efetuar a validação desses bancos de dados e realizar a disseminação das informações. A disseminação das informações ambulatoriais ocorre através de três instrumentos:

- TABNET: Instrumento online tabulador de diversas informações de saúde. Há um módulo específico desta ferramenta na página do DATASUS para consulta da produção ambulatorial.
- TABWIN: Aplicativo tabulador de informações de saúde para Windows. Todos os arquivos de configuração (DEF/CNV) e de produção (PA) necessários para que o TABWIN consulte a produção ambulatorial estão disponíveis no site do DATASUS. Quando esta ferramenta é utilizada para este fim é também denominada TABSIA.
- MSBBS/DATASUS: Os arquivos de produção ambulatorial (PA) podem ser obtidos sem necessidade de utilizar o TABWIN. Por serem arquivos Dbase (DBF) compactados, podem ser importados e tratados por outras ferramentas de banco de dados. (BRASIL, 2010a, p. 12).

Foi escolhido utilizar o sistema TABNET do DATASUS que permite a tabulação de dados dos diversos sistemas de informação do SUS, processar esses dados na linha do tempo, obter dados para cada município, para o Estado e para o Brasil, além dos cadernos de informação em saúde, diretamente do sítio do DATASUS. Sobre a utilização dessas ferramentas, a *Coleção Progestores: para entender a Gestão do SUS*, bem as define e explica:

Ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS), órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, é atribuída a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde. Normalmente, tais ações são executadas por solicitação e em conjunto com outras áreas técnicas, voltadas a atividades finalísticas, principais usuárias dos sistemas desenvolvidos. As informações por eles veiculadas são disponibilizadas no domínio do DATASUS, em forma bruta e na forma de indicadores, podendo ser selecionadas e trabalhadas com a utilização de uma ferramenta para tabulação, o TAB, também disponível em duas versões: o TABNET, operável diretamente através da Internet, e o TABWIN, com mais recursos, utilizado fora da rede em plataforma Windows. Por ser de fácil manipulação e extremamente útil para os gestores, é importante destacar que o DATASUS mantém em seu site, sempre atualizado, um “Caderno de Informações de Saúde”, com diversos tipos de dados – demográficos, epidemiológicos, financeiros – sobre cada estado e município do Brasil. (CONASS, 2007, p. 15-16).

No presente estudo, para avaliação dos sistemas, são utilizados, entre outros, os indicadores citados no *Manual de Orientações Técnicas sobre Auditoria em Odontologia no SUS*. Esse manual do Departamento de Auditoria do SUS (DENASUS) apresenta:

Para análise, deverão ser utilizados os relatórios de saída, conforme descrito na publicação “Orientações Técnicas sobre o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH)”, de 2004, e conforme outras informações do DATASUS e dos bancos de dados oficiais:

- Relatório do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – Permite verificar a característica da unidade, seu nível de hierarquia, as competências da gestão, seus recursos humanos, a capacidade instalada e seus equipamentos.
- Relatório de População por Faixa Etária (fonte: DATASUS/IBGE) – Identifica a população por faixa etária.
- Relatório de Frequência do SIA/SUS – Permite verificar a produção ou o procedimento realizado. (DENASUS, 2005, p. 12).

Estas são, portanto, as fontes de dados que possibilitaram a construção dos indicadores deste estudo. O capítulo que segue descreve os procedimentos adotados para efetuar a comparação desses indicadores ao longo dos anos.

4 MÉTODOS

Para obter o alcance da universalidade e integralidade do atendimento da saúde bucal nos municípios estudados foi realizada uma análise histórica dos indicadores oficiais de saúde bucal do Sistema Único de Saúde em cinco municípios da região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, os quais possuem uma população com características étnicas e culturais semelhantes.

Em seguida foi realizada a comparação quantitativa dos indicadores entre os municípios analisados a fim de verificar se houve melhora significativa desses indicadores ao longo dos anos.

É oportuno esclarecer que a pesquisa científica se desenvolve mediante utilização dos conhecimentos disponíveis, métodos, técnicas e outros procedimentos científicos que vão desde a adequada formulação do problema até a satisfatória apresentação dos resultados.

Quanto à natureza, as pesquisas científicas podem ser classificadas em três modalidades: a qualitativa, a quantitativa e a quanti-quali. A pesquisa qualitativa se dedica à compreensão dos significados dos eventos, sem a necessidade de apoiar-se em informações estatísticas. Na pesquisa quantitativa a base científica vem do Positivismo, que durante muito tempo foi sinônimo de Ciência, considerada como investigação objetiva que se baseava em variáveis mensuráveis e proposições prováveis. A pesquisa quanti-quali, como o próprio nome sugere, representa a combinação das duas citadas modalidades, utilizando em parte do trabalho a visão positivista, e em outra parte a visão fenomenológica, aproveitando-se o que há de melhor em cada uma delas (ARAÚJO; OLIVEIRA, 1997).

A pesquisa quantitativa surgiu sob a influência do Positivismo, segundo o qual o pesquisador não deve envolver-se com o objeto da pesquisa. Além disso, prega a utilização de procedimentos rigorosamente empíricos, visando o máximo de objetividade possível no estudo realizado. Sendo assim, a neutralidade do pesquisador constitui um ponto muito importante para o estudo (TERENCE; ESCRIVÃO FILHO, 2006).

Segundo os autores supracitados, a pesquisa quantitativa pode ser definida como aquela voltada para a mensuração de segmentos do mercado e das informações qualitativas pré-existentes ou levantadas pela pesquisa qualitativa.

Já no entendimento de Malhorta (2001, p. 155), “a pesquisa quantitativa procura quantificar os dados e aplicar alguma forma de análise estatística.” Na maioria das vezes, esse tipo de pesquisa deve suceder a pesquisa qualitativa, já que esta última ajuda a contextualizar e a entender o fenômeno.

A pesquisa quantitativa aplica-se à dimensão mensurável da realidade. Ela se originou na visão newtoniana dos fenômenos e transita com eficácia na horizontalidade dos extratos mais densos e materiais da realidade. Seus resultados auxiliam o planejamento de ações coletivas e produzem resultados passíveis de generalização, principalmente quando as populações pesquisadas representam o coletivo com fidelidade (GOLDENBERG, 1999).

Pode-se afirmar ainda, segundo Minayo (2007), que a pesquisa quantitativa é um método de pesquisa social que utiliza técnicas estatísticas. Normalmente implica a construção de inquéritos por questionário ou pesquisa de dados e são contatadas muitas pessoas. Os profissionais de marketing costumam usar a informação assim obtida para desenhar estratégias e planos de marketing.

A primeira razão para se conduzir uma pesquisa quantitativa é descobrir quantas pessoas de uma determinada população compartilham uma característica ou um grupo de características. Ela é especialmente projetada para gerar medidas precisas e confiáveis que permitem uma análise estatística (SITE ETHOS, 2002). Uma análise quantitativa apresenta os dados em informações numéricas e percentuais.

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa quantitativa, pois é projetada para gerar medidas precisas e confiáveis que permitem uma análise estatística, também chamada de “pesquisa fechada”.

Foram escolhidos para a análise o município de Ijuí, pólo regional, uma cidade de porte médio com população predominantemente urbana, e os municípios de Ajuricaba, Catuípe, Coronel Barros e Bozano, de pequeno porte e população predominantemente rural. Os dados obtidos desses municípios foram comparados aos indicadores estaduais e nacionais no mesmo período.

A análise limitou-se à área Odontológica do Sistema Único de Saúde, de forma a evitar a complexidade demasiada do estudo, tendo em vista o espaço limitado de tempo para sua execução, e por ser a Odontologia a primeira área especializada, além da Medicina e da Enfermagem, geralmente implantada no SUS. Assim, avaliando a expansão da capacidade de atendimento e a qualidade do serviço desse setor do SUS, pode-se saber se a sua implantação e crescimento estão ocorrendo nestes municípios e se a aplicação de recursos está refletindo uma capacidade crescente rumo à integralidade.

4.1 MODELO

Realizou-se o levantamento de dados do Sistema de Saúde Bucal dos municípios ora investigados, a partir das Informações em Saúde gerenciadas pelo Sistema de Informática do SUS – DATASUS, disponibilizados em seu sítio da Internet.

O primeiro item de pesquisa e avaliação do sistema foi o índice de primeiras consultas odontológicas. Este código do Sistema SIA/SUS é utilizado, desde 1998, toda vez que um paciente do Sistema de Saúde Pública procura o atendimento pela primeira vez dentro do ano calendário. Nesse momento é feito o planejamento do tratamento, ou seja, é a primeira consulta realizada pelo paciente no ano, não sendo mais utilizado nas consultas subsequentes, que são de execução do plano de tratamento. Também não deve ser utilizado em consultas de urgência/emergência, nas quais não haverá prosseguimento do tratamento restaurador (DENASUS, 2005).

Dessa forma, este código é utilizado uma única vez para cada paciente quando ele procura o Sistema no referido ano, possibilitando conhecer o número exato de pessoas que foram atendidas pelo Sistema de Saúde naquele ano, não importando se fizeram uma ou mais consultas. Assim, considerando o índice de primeiras consultas, dividindo-o pela população do município e multiplicando este valor por cem obtém-se a porcentagem da população efetivamente atendida dentro do território analisado, a qual teve acesso ao Sistema de Saúde. A fórmula fica assim representada:

Figura 1 – Fórmula esquemática da cobertura da saúde bucal num território

$\text{Cobertura da Saúde Bucal} = \frac{\text{Número total de primeiras consultas odontológicas* realizadas em determinado local e período}}{\text{População no mesmo local e período}}$

Fonte: Numerador: * Código do SIA/SUS: 03.021.01-7 até 98 e 03010101-53 após 2008;
Denominador: base demográfica do IBGE/DATASUS.

Este indicador é utilizado neste estudo como Índice de Acesso ao Serviço de Saúde Bucal para determinar, mediante tabulação anual, os dados da população e das primeiras consultas obtidas por meio do TABNET, no período de 2000 a 2011. O resultado permite avaliar se houve um crescimento do acesso da população ao Sistema ao longo da última década. Será observado, portanto, se houve evolução do indicador, que é considerado melhor quanto maior for seu valor.

Considerando que existe a recomendação de a população consultar um dentista regularmente, e dentro de, no máximo, um ano; que nem toda população procura o serviço público; que a população pode ter atendimento educativo fora do consultório; e que a Portaria MS/GM 1101/02 (BRASIL, 2002) estabelece de 0,5 a 2 atendimentos por habitante por ano, pode-se estimar como sendo maior que 50% um bom índice de acesso ao sistema público. Ou seja, se mais da metade da população de uma determinada área tiver acesso a um consultório odontológico do SUS dentro do ano corrente, considera-se que essa área tem um bom índice de acesso.

O segundo item de avaliação do Sistema de Saúde Bucal leva em consideração os códigos de procedimentos realizados e registrados no sistema SIA/SUS. Quando um paciente é atendido no Sistema de Saúde, sempre é feita alguma intervenção pelo profissional, seja um trabalho curativo, como a restauração de um dente, ou uma exodontia, uma remoção de tártaro ou mesmo um trabalho preventivo, como a orientação de higiene oral ou aplicação de flúor.

Para cada procedimento possível de ser executado pelo cirurgião dentista existe um código correspondente no Sistema SIA/SUS. Pode-se escolher dentre eles, inclusive, os procedimentos que são executados apenas pela Atenção Básica, pela média ou pela alta complexidade.

Foi escolhido fazer a contagem de todos os procedimentos que competem à Atenção Básica e que foram executados em consultório. Foram excluídos os procedimentos coletivos, pois esses são executados em ambientes coletivos e em grupos, como nas escolas, fora dos ambulatórios. Também foram excluídas as primeiras consultas, pois se referem à consulta de planejamento do tratamento e se pretende avaliar o atendimento subsequente. Assim, tem-se o número total de procedimentos básicos que devem ser executados em todos os Serviços de Saúde Pública realizados pelo serviço e tabulados em cada ano do calendário. O rol dos procedimentos considerados consta no Anexo A deste estudo.

Será então tomado o número total de procedimentos de Atenção Básica realizados pelo serviço dentro dos consultórios durante um ano. Esse número será dividido pela população estimada pelo município para aquele ano, dado também fornecido pelo TABNET. Cria-se, assim, o indicador de procedimentos básicos por habitante realizados pelo Sistema naquele ano com a seguinte fórmula:

Figura 2 – Fórmula esquemática dos procedimentos individuais por habitante

$\text{Procedimentos individuais por habitante} = \frac{\text{Total de ações básicas individuais em odontologia* realizadas em determinado local e período}}{\text{População no mesmo local e período}}$
--

Fontes: Numerador – * Códigos do SIA/SUS: somatório de todos os procedimentos que compõem o rol de procedimentos de atenção básica e odontológicos, à exceção dos códigos de procedimentos coletivos e 1ª consulta odontológica. Denominador – Base demográfica do IBGE/DATASUS.

Cada vez que um cidadão busca o Sistema de Saúde ele espera uma intervenção, seja ela curativa ou preventiva, como um exame clínico que confirme a ausência de doenças bucais, aplicações tópicas de flúor ou orientações de higiene oral. Assim, espera-se que a produtividade deve ser de, no mínimo, um procedimento por atendimento. O Sistema deve ter o índice próximo a um, estando o índice entre dois a três procedimentos por habitante significa uma boa capacidade de atendimento, visto pacientes que precisam de tratamento curativo necessitar de mais de um procedimento ao longo do ano.

Um índice de procedimentos por habitante muito alto em relação ao de primeiras consultas significa um baixo investimento em prevenção. Conforme o estabelecido na Portaria MS/GM 1.101/02 (BRASIL, 2002) e no *Manual de Orientações Técnicas de Auditoria em Odontologia* (DENASUS, 2005), esse indicador deve ficar entre 0,5 e 2 procedimentos/habitante/ano. Realizou-se a avaliação e cálculo anual do índice de 2000 até 2011. Foi observada também a evolução linear do indicador a fim de saber se houve alteração e melhora no índice ao longo dos anos.

Os dois primeiros itens de avaliação foram aplicados para cada um dos municípios da região estudada, bem como para os índices do Estado e do País.

No terceiro item de avaliação utilizou-se o TABNET para tabular dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Para tanto realizou-se um levantamento do número de profissionais técnicos que trabalham no Serviço de Saúde Bucal, considerando o número de profissionais cadastrados mensalmente no CNES durante o período de 2007 a 2011. Como o sistema apenas fornece a média mensal do número de profissionais inscritos dentro de cada ano, realizou-se a média simples, somando o número de profissionais mensalmente no período de janeiro a dezembro, e dividindo o resultado por 12. A média foi utilizada como sendo o número de profissionais empregados pelo Sistema de Saúde para aquele ano.

Foram considerados os profissionais cirurgiões dentistas, o número total deles e as suas especialidades dentro do CBO, incluindo os generalistas. Também foram considerados os profissionais técnicos de apoio, como as auxiliares de saúde bucal, os técnicos em saúde bucal e os técnicos em prótese dentária e as auxiliares de consultório dentário que têm a mesma função das auxiliares de saúde bucal, mas que tinham como nível de escolaridade o Ensino Fundamental, que depois passou a ser o Ensino Médio, passando a ser uma categoria em extinção a ser substituída pela de ASB.

Foi avaliado se houve o crescimento do número de profissionais. Para tanto, comparou-se o crescimento percentual do primeiro com o último ano, cujo número de profissionais foi maior que zero. Avaliou-se o crescimento do número total de cirurgiões dentistas, bem como suas especialidades, verificando a tendência à integralidade de atendimento. O mesmo foi aplicado às profissões auxiliares. Avaliou-se, ainda, se houve um aumento do número de profissionais entre o primeiro e último ano entre os municípios, Estado e País.

Avaliou-se, também, o número de profissionais de saúde bucal por mil habitantes. O número de profissionais de saúde por habitante, como indicador de recursos humanos, é considerado na razão do “número de profissionais de saúde por mil habitantes, segundo categorias, em determinado espaço geográfico, no ano considerado” (CONASS, 2011, p. 184-185), segundo a seguinte fórmula:

Figura 3 – Fórmula esquemática de cálculo de profissionais por mil por habitantes

$$\text{Profissionais de saúde por mil habitantes} = \frac{\text{Número de profissionais da categoria específica}}{\text{População total residente no mesmo local e período}} \times 1000$$

Fonte: Numerador: CNES; Denominador: IBGE, via TABNET (DATASUS).

O mesmo cálculo foi realizado tanto para odontólogos como para os profissionais auxiliares, obtendo o número deles por cada mil habitantes.

Nesta avaliação foi considerado o que pressupõe a Portaria 1.101/02 (BRASIL, 2002), de que deve haver, no mínimo, um cirurgião dentista para cada 5.000 habitantes, sendo o ideal um para cada 1.500. Ao substituir os dados da fórmula de profissionais por mil habitantes, obteve-se os seguintes resultados, considerando um dentista para cada mil habitantes:

$$\text{Número ideal de dentistas por mil habitantes} = 1/1.500 \times 1.000 = 0,66.$$

Ou seja, o Ministério da Saúde preconiza o número ideal de 0,66 dentistas por mil habitantes para o SUS. No Brasil, em dezembro de 2005, havia 1,15 odontólogos por mil habitantes (BRASIL, 2007, p. 27).

No quarto item de avaliação foram usados dados do CNES para obter o número de consultórios odontológicos do SUS instalados dentro de cada Unidade da Federação. Como o Sistema só fornece o número de consultórios inscritos mês a mês dentro de cada ano, foi realizada a média simples, somando o número de profissionais mês a mês de janeiro a dezembro, e dividindo o resultado por 12, sendo esta média utilizada como o número de consultórios em uso pelo Sistema de Saúde naquele ano. Uma vez obtido o número médio de consultórios instalados no ano dentro da Unidade da Federação, utilizou-se fórmula semelhante ao do número de profissionais por mil habitantes, só com o número de consultórios por mil habitantes, segundo a seguinte fórmula:

Figura 4 – Fórmula esquemática de cálculo de consultórios por mil por habitantes

$\text{Consultórios odontológicos por mil habitantes} = \frac{\text{Número de consultórios odontológicos numa determinada área}}{\text{População total residente no mesmo local e período}} \times 1000$
--

Fonte: Numerador – CNES; Denominador IBGE, via TABNET (DATASUS).

Como quinto parâmetro de avaliação utilizou-se o item 41 do Pacto pela Saúde 2010-2011. Este indicador fornece a cobertura populacional estimada das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família. O dado é obtido tomando-se o número de Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família implantadas (modalidades I e II), multiplicado pelo número de 3.450 pessoas, dividido pela população no mesmo local e período. Isso se deve ao fato de o Ministério da Saúde considerar que uma equipe de Saúde Bucal ligada à ESF pode atender até 3.450 pessoas. Assim, o indicador fornece a porcentagem da cobertura, que é de 100% quando atingir uma equipe para cada 3.450 pessoas, 50% quando houver uma equipe para cada 7.900 habitantes do município, e mais de 100% se houver mais de uma equipe para cada 3.450 habitantes. Será usado o indicador para avaliar o crescimento da cobertura da saúde bucal na ESF ao longo dos anos. O valor estabelecido como mínimo para este indicador é 40% de cobertura (BRASIL, 2010b).

Por último avaliou-se o potencial de produtividade do Sistema. Para tanto, utilizou-se como parâmetro de potencial máximo de atendimento do Sistema as seguintes fórmulas,

sendo que a primeira levou em conta o potencial produtivo físico num mês. Baseado no modelo proposto pelo DENASUS (2005, p. 15), esse potencial foi calculado pela seguinte fórmula:

Figura 5 – Fórmula esquemática de potencial produtivo de consultórios

Potencial produtivo físico	=	Nº de consultórios odontológicos	X	Nº de horas trabalhadas por dia	X	Parâmetro de procedimentos por hora	X	22 dias úteis/mês
----------------------------	---	----------------------------------	---	---------------------------------	---	-------------------------------------	---	-------------------

Esta fórmula é multiplicada por 12 para obter o valor anual. Como o MS preconiza em sua Portaria MS/GM 1.101/02 (BRASIL, 2002) que um cirurgião dentista deve atender de dois a três pacientes por hora, supõe-se um número de dois procedimentos por hora como aceitável. Levando em consideração turnos de oito horas, a fórmula será a seguinte:

Figura 6 – Fórmula esquemática de cálculo do potencial produtivo anual de consultórios

Potencial produtivo anual = Nº de consultórios odontológicos X 8 X 2 X 22 X 12
O que resulta em:
Potencial produtivo anual = Nº de consultórios odontológicos X 4224

Ainda, será dividido o número total de procedimentos básicos de um ano pelo número médio de cirurgiões-dentistas ligados ao Sistema para avaliação da produtividade por profissional.

4.2 APLICAÇÃO

Por ser a região Noroeste do Rio Grande do Sul a área de atuação do acadêmico, autor deste trabalho, esta região foi a escolhida para o estudo. Foi selecionado o município de Ijuí, pólo regional, com uma população de 78.915, sendo uma cidade de porte médio, com 90% da população predominantemente urbana. Também, foram selecionados os municípios de Catuípe, com uma população de 9.323 habitantes, sendo um município de porte intermediário, com 64% de população urbana, sendo um município urbano e rural. Outro município escolhido com características semelhantes foi o município de Ajuricaba, com uma população total de 7.255 habitantes e uma população urbana de 56%. Além desses foram ainda

escolhidos os municípios de Coronel Barros, de pequeno porte, com uma população de 2.459 habitantes e uma população urbana de 44%, sendo predominantemente rural. Com características semelhantes foi escolhido o município de Bozano, igualmente de pequeno porte com uma população total de 2.200 habitantes, estando apenas 28% deles localizados na zona urbana, tendo uma população predominantemente rural (IBGE, 2010).

Nestes municípios foi aplicado o modelo de análise de dados, o qual também foi aplicado ao Estado do Rio Grande do Sul, do qual fazem parte, e aos números totais do Brasil. Após foi feita a análise dos resultados obtidos e as comparações de dados que permitem chegar às conclusões e avaliações do Sistema Único de Saúde nestes municípios.

5 RESULTADOS

A partir da coleta de dados e dos indicadores aplicados em cada município, Estado e País, obteve-se dados que foram organizados em tabelas, permitindo a visualização dos resultados, os quais são apresentados nas tabelas e quadros que seguem.

Tabela 1 – Total de primeiras consultas e percentual da população atendida do município de Bozano

Ano	Primeira consulta	População	Percentual da população coberta
2001	232	2.359	9,8%
2002	1558	2.377	65,5%
2003	489	2.402	20,4%
2004	468	2.411	19,4%
2005	483	2.444	19,8%
2006	624	2.466	25,3%
2007	589	2.483	23,7%
2008	804	2.361	34,1%
2009	560	2.363	23,7%
2010	262	2.200	11,9%
2011	106	2.200	4,8%

Fonte: SIA/SUS, TABNET (DATASUS, 2010).

Tabela 2 – Total de primeiras consultas e percentual da população atendida do município de Cel Barros

Ano	Primeira consulta	População	Percentual da população coberta
2000	46	2.454	1,9%
2001	35	2.454	1,4%
2002	98	2.454	4,0%
2003	464	2.458	18,9%
2004	661	2.463	26,8%
2005	1058	2.464	42,9%
2006	764	2.465	31,0%
2007	682	2.459	27,7%
2008	446	2.518	17,7%
2009	953	2.530	37,7%
2010	689	2.459	28,0%
2011	710	2.459	28,9%

Fonte: SIA/SUS, TABNET (DATASUS, 2010).

Nos municípios com menos de 5.000 habitantes a média da população atendida pelo SUS foi de 23% em Bozano e de 22% em Coronel Barros. O melhor desempenho apresentado num ano foi de 65% em Bozano e de 42% em Coronel Barros. Se for considerada a meta ideal de 50%, conforme discutido anteriormente, esses municípios têm quase a metade da cobertura ideal na média.

Pode-se concluir que a cobertura da população não apresenta um comportamento crescente uniforme, sendo crescente em Coronel Barros e decrescente em Bozano.

Tabela 3 - Índice de primeiras consultas e percentual da população atendida do município de Ajuricaba

Ano	Primeira consulta	População	Percentual da população coberta
2000	660	7.709	8,6%
2001	793	7.656	10,4%
2002	897	7.630	11,8%
2003	1.014	7.589	13,4%
2004	1.656	7.549	21,9%
2005	1.404	7.464	18,8%
2006	23	7.419	0,3%
2007	1.980	7.378	26,8%
2008	837	7.411	11,3%
2009	1.282	7.376	17,4%
2010	1.726	7.255	23,8%
2011	1.606	7.255	22,1%

Fonte: SIA/SUS, TABNET (DATASUS, 2010).

Tabela 4 - Índice de primeiras consultas e percentual da população atendida do município de Catuípe

Ano	Primeira consulta	População	Percentual da população coberta
2000	3.105	10.198	30,4%
2001	1.877	10.108	18,6%
2002	3.070	10.044	30,6%
2003	2.528	9.976	25,3%
2004	3.184	9.908	32,1%
2005	3.588	9.748	36,8%
2006	2.117	9.663	21,9%
2007	1.686	9.576	17,6%
2008	3.059	9.674	31,6%
2009	4.408	9.616	45,8%
2010	3.580	9.323	38,4%
2011	5.141	9.323	55,1%

Fonte: SIA/SUS, TABNET (DATASUS, 2010).

Nos municípios intermediários, Catuípe apresenta uma média de 32% e Ajuricaba uma média de 15%. O melhor desempenho apresentado num ano foi de 55% em Catuípe e de 26% em Ajuricaba. A cobertura apresenta tendência crescente em ambos os municípios.

Ajuricaba, no entanto, teve seu desempenho prejudicado pelo indicador baixo em 2006, caso contrário sua média seria de 17%.

Pode-se concluir que estes municípios apresentam uma tendência de crescimento na capacidade de acesso e universalidade do Sistema, sendo que Catuípe apresentou o melhor índice de acesso na pesquisa realizada.

Tabela 5 - Índice de primeiras consultas e percentual da população atendida do município de Ijuí

Ano	Primeira consulta	População	Percentual da população coberta
2000	10.196	78.461	13,0%
2001	9.138	76.368	12,0%
2002	11.596	76.830	15,1%
2003	9.436	77.335	12,2%
2004	8.703	77.839	11,2%
2005	7.756	78.992	9,8%
2006	862	79.575	1,1%
2007	4.889	80.154	6,1%
2008	8.994	79.412	11,3%
2009	12.012	79.718	15,1%
2010	10.596	79.718	13,3%
2011	6.829	79.718	8,6%

Fonte: SIA/SUS, TABNET (DATASUS, 2010).

O município de Ijuí apresenta uma média de 10% de cobertura. O seu melhor desempenho foi o de 15% de cobertura à população. O percentual do ano de 2006 foi de apenas 1,1%, o que prejudicou a média do município.

Assim, a cobertura do primeiro acesso apresenta uma tendência de queda ao longo dos anos embora a população tenha permanecido estável. Ao se comparar os resultados obtidos com os do Estado e do País percebe-se que o município de Ijuí tem desempenho bastante semelhante à média desses.

Tabela 6 - Índice de primeiras consultas e percentual da população atendida no Estado do RS

Ano	Primeira consulta	População	Percentual da população coberta
2000	992.370	10.187.798	9,7%
2001	1.032.166	10.310.021	10,0%
2002	1.076.310	10.408.428	10,3%
2003	1.104.907	10.511.009	10,5%
2004	995.501	10.613.256	9,4%
2005	1.251.462	10.845.002	11,5%
2006	1.098.945	10.963.216	10,0%
2007	1.267.479	11.080.317	11,4%
2008	1.024.532	10.855.214	9,4%
2009	1.318.673	10.914.042	12,1%
2010	1.105.237	10.693.929	10,3%
2011	1.237.436	10.693.929	11,6%

Fonte: SIA/SUS, TABNET (DATASUS, 2010).

Tabela 7 - Índice de primeiras consultas e percentual da população atendida no Brasil

Ano	Primeira consulta	População	Percentual da população coberta
2000	20.960.010	169.799.170	12,3%
2001	21.643.376	172.385.776	12,6%
2002	22.734.342	174.632.932	13,0%
2003	23.337.863	176.876.251	13,2%
2004	22.325.332	179.108.134	12,5%
2005	23.335.627	184.184.074	12,7%
2006	23.336.521	186.770.613	12,5%
2007	22.695.530	189.335.191	12,0%
2008	26.843.628	189.612.814	14,2%
2009	27.156.753	191.481.045	14,2%
2010	26.043.708	190.755.799	13,7%
2011	27.497.667	190.755.799	14,4%

Fonte: SIA/SUS, TABNET (DATASUS, 2010).

Nos cenários estadual e nacional, para efeitos de comparação, o Estado do Rio Grande do Sul apresenta uma média de 10,5% de cobertura, enquanto no Brasil a média é de 13,1%. O melhor desempenho apresentado num ano foi de 12,1% no Estado e de 14,4% no País. A cobertura apresenta tendência levemente crescente em ambos, no entanto, este crescimento é bastante pequeno, sendo a situação quase estável.

As próximas tabelas apresentam os dados obtidos com o indicador de procedimentos por habitante.

Tabela 8 - Número anual de procedimentos e índice anual de procedimentos por habitantes para o município de Bozano

Ano	Procedimentos	População	Procedimentos/habitante
2001	1.931	2.359	0,82
2002	3.246	2.377	1,37
2003	2.997	2.402	1,25
2004	3.469	2.411	1,44
2005	4.198	2.444	1,72
2006	3.602	2.466	1,46
2007	3.193	2.483	1,29
2008	2.399	2.361	1,02
2009	2.211	2.363	0,94
2010	1.224	2.200	0,56
2011	862	2.200	0,39

Fonte: SIA/SUS, TABNET (DATASUS, 2010).

Tabela 9 - Número anual de procedimentos e índice anual de procedimentos por habitantes para o município de Coronel Barros

Ano	Procedimentos	População	Procedimentos/habitante
2000	4.440	2.454	1,81
2001	3.100	2.454	1,26
2002	3.373	2.454	1,37
2003	3.678	2.458	1,50
2004	4.883	2.463	1,98
2005	6.152	2.464	2,50
2006	5.086	2.465	2,06
2007	3.982	2.459	1,62
2008	2.660	2.518	1,06
2009	4.847	2.530	1,92
2010	3.488	2.459	1,42
2011	3.951	2.459	1,61

Fonte: SIA/SUS, TABNET (DATASUS, 2010).

Nos pequenos municípios a média de procedimentos por habitante foi de 1,11 para Bozano e de 1,67 para Coronel Barros. O melhor desempenho apresentado num ano foi de 1,72 em Bozano e de 2,5 para Coronel Barros. O índice de procedimentos por habitante apresentou tendência decrescente ao longo dos anos em ambos os municípios.

Em Coronel Barros, no entanto, este indicador apresenta níveis excelentes, sempre acima de 1%.

Tabela 10 - Número anual de procedimentos e índice anual de procedimentos por habitantes para o município de Ajuricaba

Ano	Procedimentos	População	Procedimentos/habitante
2000	5.666	7.709	0,73
2001	6.379	7.656	0,83
2002	7.885	7.630	1,03
2003	6.187	7.589	0,82
2004	7.328	7.549	0,97
2005	7.178	7.464	0,96
2006	337	7.419	0,05
2007	2.791	7.378	0,38
2008	4.131	7.411	0,56
2009	3.563	7.376	0,48
2010	4.550	7.255	0,63
2011	3.219	7.255	0,44

Fonte: SIA/SUS, TABNET (DATASUS, 2010).

Tabela 11 - Número anual de procedimentos e índice anual de procedimentos por habitantes para o município de Catuípe

Ano	Procedimentos	População	Procedimentos/habitante
2000	5.656	10.198	0,55
2001	3.645	10.108	0,36
2002	9.258	10.044	0,92
2003	5.715	9.976	0,57
2004	4.975	9.908	0,50
2005	4.904	9.748	0,50
2006	3.857	9.663	0,40
2007	3.329	9.576	0,35
2008	3.824	9.674	0,40
2009	10.768	9.616	1,12
2010	3.643	9.323	0,39
2011	4.338	9.323	0,47

Fonte: SIA/SUS, TABNET (DATASUS, 2010).

Nos municípios de porte intermediário a média de procedimentos por habitante foi de 0,65 para Ajuricaba e de 0,54 para Catuípe. O melhor desempenho apresentado num ano foi de 1,03 em Ajuricaba e de 1,12 para Catuípe. O índice de procedimentos por habitante apresentou tendência decrescente ao longo dos anos em ambos os municípios.

A queda em Catuípe, no entanto, foi menos acentuada do que em Ajuricaba, que teve um ano atípico em 2006, quando o Sistema quase não teve atuação, interferindo na sua média.

Tabela 12 - Número anual de procedimentos e Índice anual de procedimentos por habitantes para o município de Ijuí

Ano	Procedimentos	População	Procedimentos/habitante
2000	30.449	78.461	0,39
2001	28.757	76.368	0,38
2002	39.328	76.830	0,51
2003	25.181	77.335	0,33
2004	30.657	77.839	0,39
2005	25.241	78.992	0,32
2006	1.825	79.575	0,02
2007	13.410	80.154	0,17
2008	23.754	79.412	0,30
2009	32.851	79.718	0,41
2010	26.644	79.718	0,33
2011	18.507	79.718	0,23

Fonte: SIA/SUS, TABNET (DATASUS, 2010).

Em Ijuí, município de maior porte, a média de procedimentos por habitante foi de 0,31. O melhor desempenho apresentado num ano foi de 0,51. O índice de procedimentos por habitante apresentou tendência decrescente ao longo dos anos neste município.

O ano de 2006, no entanto, foi atípico, quando o Sistema quase não teve atuação, o que interferiu na sua média, que foi de 0,34.

Tabela 13 - Número anual de procedimentos e índice anual de procedimentos por habitantes para o Estado do Rio Grande do Sul

Ano	Procedimentos	População	Procedimentos/habitante
2000	3.646.052	10.187.798	0,36
2001	3.685.765	10.310.021	0,36
2002	3.667.166	10.408.428	0,35
2003	3.521.869	10.511.009	0,34
2004	3.626.673	10.613.256	0,34
2005	4.015.789	10.845.002	0,37
2006	3.680.296	10.963.216	0,34
2007	4.342.727	11.080.317	0,39
2008	5.275.410	10.855.214	0,49
2009	7.611.824	10.914.042	0,70
2010	6.078.655	10.693.929	0,57
2011	5.354.011	10.693.929	0,50

Fonte: SIA/SUS, TABNET (DATASUS, 2010).

Tabela 14 - Número anual de procedimentos e índice anual de procedimentos por habitantes para o Brasil

Ano	Procedimentos	População	Procedimentos/habitante
2000	93.092.713	169.799.170	0,55
2001	92.437.325	172.385.776	0,54
2002	98.624.505	174.632.932	0,56
2003	97.570.209	176.876.251	0,55
2004	95.254.078	179.108.134	0,53
2005	100.556.912	184.184.074	0,55
2006	108.677.598	186.770.613	0,58
2007	112.916.815	189.335.191	0,60
2008	96.782.864	189.612.814	0,51
2009	104.298.725	191.481.045	0,54
2010	104.019.774	190.755.799	0,55
2011	113.364.602	190.755.799	0,59

Fonte: SIA/SUS, TABNET (DATASUS, 2010).

Visualizando os dados obtidos no Estado do Rio Grande do Sul, percebe-se que a média de procedimentos por habitante foi de 0,42. O melhor desempenho apresentado num ano foi de 0,70. O índice de procedimentos por habitante apresentou tendência crescente ao longo dos anos.

No Estado do Rio Grande do Sul a média sempre esteve abaixo de 0,5 procedimentos por habitante até o ano de 2008, quando atingiu esta média e se manteve acima dela, indicando um incremento na capacidade de atendimento no período 2008-2011.

No Brasil a média de procedimentos por habitante foi de 0,55. O melhor desempenho apresentado num ano foi de 0,60. O índice de procedimentos por habitante apresentou tendência levemente crescente ao longo dos anos no País.

Passa-se agora à análise dos recursos humanos disponíveis em cada município. Serão avaliados os profissionais de saúde bucal, que são: Cirurgião dentista (CD), e suas respectivas

especialidades, e as profissões auxiliares – Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), Técnico em Saúde Bucal (TSB), ou Técnico em Prótese Dentária (TPD).

Quadro 1 - Número de profissionais por função e especialidade para o município de Bozano

Ano	CD Clínico Geral	CD de Saúde Coletiva	CD de Saúde da Família	Total de CDs	ASB	Total de Auxiliares	Total de Profissionais
2007	0	1	1	2	1	1	3
2008	0	1	1	2	1	1	3
2009	0	1	1	2	1	1	3
2010	1	0	1	2	1	1	3
2011	1	0	1	2	1	1	3

Fonte: CNES, TABNET (DATASUS, 2010).

Tabela 15 - Número de profissionais de saúde bucal e proporção por mil habitantes anual para o município de Bozano

Ano	População	Cirurgiões Dentistas	Auxiliares em Saúde Bucal	Cirurgiões Dentistas/mil habitantes	Auxiliares/mil habitantes
2007	2.483	2	3	0,81	1,21
2008	2.361	2	3	0,85	1,27
2009	2.363	2	3	0,85	1,27
2010	2.200	2	3	0,91	1,36
2011	2.200	2	3	0,91	1,36

Fonte: CNES, TABNET (DATASUS, 2010).

O município de Bozano apresenta uma infraestrutura constante ao longo do período analisado, contando com dois Cirurgiões Dentistas e uma Auxiliar em Saúde Bucal, sendo um CD Clínico Geral e outro de Saúde da Família. Houve apenas mudança na especialidade do CD. A média é de 0,86 dentistas para cada mil habitantes e 1,3 auxiliares para cada mil habitantes.

Quadro 2 - Número de profissionais por função e especialidade para o município de Coronel Barros

Ano	CD Clínico Geral	CD de Saúde da Família	Total de CDs	ASB	Total de Auxiliares	Total de Profissionais
2007	2	1	3	1	1	4
2008	2	1	3	1	1	4
2009	1	1	2	1	1	3
2010	1	1	2	1	1	3
2011	1	1	2	1	1	3

Fonte: CNES, TABNET (DATASUS, 2010).

Tabela 16 - Número de profissionais de saúde bucal e proporção por mil habitantes anual para o município de Coronel Barros

Ano	População	Cirurgiões Dentistas	Auxiliares em Saúde Bucal	Cirurgiões Dentistas por mil Habitantes	Auxiliares por mil Habitantes
2007	2.459	3	1	1,22	0,41
2008	2.518	3	1	1,19	0,40
2009	2.530	2	1	0,79	0,40
2010	2.459	2	1	0,81	0,41
2011	2.459	2	1	0,81	0,41

Fonte: CNES, TABNET (DATASUS, 2010).

Em Coronel Barros houve redução do número de cirurgiões dentistas no ano de 2009, passando de três para dois, permanecendo constante o número de auxiliares, que é de apenas um profissional. Havia no município até o ano de 2008, em média, 1,2 cirurgiões dentistas para cada mil habitantes, o que talvez fosse um excesso para a Atenção Básica. A partir de 2009 o município passou a ter, em média, 0,8 cirurgiões dentistas para mil habitantes na rede pública, sendo que houve redução de um CD clínico geral. Os auxiliares mantêm uma proporção média de 0,4 auxiliares por mil habitantes e há apenas um ASB no município. Os dentistas são um da Saúde da Família e um Clínico Geral.

Quadro 3 - Número de profissionais por função e especialidade para o município de Ajuricaba

Ano	CD de Saúde da Família	Total de CDs	ASB	Total de Auxiliares	Total de Profissionais
2007	3	3	4	4	7
2008	3	3	4	4	7
2009	3	3	4	4	7
2010	3	3	4	4	7
2011	3	3	4	4	7

Fonte: CNES, TABNET (DATASUS, 2010).

Tabela 17 - Número de profissionais de saúde bucal e proporção por mil habitantes anual para o município de Ajuricaba

Ano	População	Cirurgiões Dentistas	Auxiliares em Saúde Bucal	Cirurgiões Dentistas por mil Habitantes	Auxiliares por mil Habitantes
2007	7.378	3	4	0,41	0,54
2008	7.411	3	4	0,40	0,54
2009	7.376	3	4	0,41	0,54
2010	7.255	3	4	0,41	0,55
2011	7.255	3	4	0,41	0,55

Fonte: CNES, TABNET (DATASUS, 2010).

Ajuricaba manteve constante o número de profissionais, sendo que possui três cirurgiões dentistas e quatro auxiliares de saúde bucal durante todos os anos pesquisados. Isso

representa 0,41 cirurgiões dentistas para cada 1.000 habitantes e 0,54 auxiliares para cada 1.000 em média. O número difere dos demais municípios, onde existem menos de um auxiliar para cada cirurgião dentista.

Quadro 4 - Número de profissionais por função e especialidade para o município de Catuípe

Ano	CD Clínico Geral	CD de Saúde da Família	Total de CDs	ASB	Total de Auxiliares	Total de Profissionais
2007	2	2	4	2	2	6
2008	0	4	4	3	3	7
2009	0	4	4	3	3	7
2010	0	4	4	3	3	7
2011	0	4	4	4	4	8

Fonte: CNES, TABNET (DATASUS, 2010).

Tabela 18 - Número de profissionais de saúde bucal e proporção por mil habitantes anual para o município de Catuípe

Ano	População	Cirurgiões Dentistas	Auxiliares em Saúde Bucal	Cirurgiões Dentistas por mil Habitantes	Auxiliares por mil Habitantes
2007	7.378	4	2	0,54	0,27
2008	7.411	4	3	0,54	0,40
2009	7.376	4	3	0,54	0,41
2010	7.255	4	3	0,55	0,41
2011	7.255	4	4	0,55	0,55

Fonte: CNES, TABNET (DATASUS, 2012).

Em Catuípe, o número de Cirurgiões Dentistas permaneceu em quatro profissionais durante o período analisado. Já o número de Auxiliares em Saúde Bucal passou de dois para quatro profissionais. O município tem, em média, 0,54 cirurgiões dentistas a cada mil habitantes nos anos analisados, mas percebeu-se um aumento de 100% no total de auxiliares, que passaram de dois para quatro, e de 0,27 para 0,55 auxiliares para cada mil habitantes, igualando-se ao número de CDs.

Quadro 5 - Número de profissionais por função e especialidade para o município de Bozano

Ano	CD Clínico Geral	CD de Saúde Coletiva	CD de Saúde Da Família	CD Radiologista	CD Prot. Bucomaxilofacial	Total de CDs	ASB	Técnico em Prótese	Total de Auxiliares	Total de Profissionais
2007	17	1	1	0	0	19	3	0	3	22
2008	15	0	1	0	0	16	4	0	4	20
2009	14	0	3	0	0	17	6	0	6	23
2010	16	0	3	0	0	19	6	0	6	25
2011	19	0	5	1	1	26	6	1	7	33

Fonte: CNES, TABNET (DATASUS, 2010).

Tabela 19 - Número de profissionais de saúde bucal e proporção por mil habitantes anual para o município de Ijuí

Ano	População	Cirurgiões Dentistas	Auxiliares em Saúde Bucal	Cirurgiões Dentistas por mil Habitantes	Auxiliares por mil Habitantes
2007	80.154	18	4	0,22	0,05
2008	79.412	16	5	0,2	0,06
2009	79.718	17	7	0,21	0,09
2010	79.718	19	7	0,24	0,09
2011	79.718	23	9	0,29	0,11

Fonte: CNES, TABNET (DATASUS, 2010).

Em Ijuí, o número de cirurgiões dentistas aumentou de 19 para 26 durante o período estudado, representando um aumento de 37%. Já o número de auxiliares passou de três para sete profissionais. O município passou de 0,22 para 0,29 cirurgiões dentistas a cada mil habitantes nos anos analisados. Também houve um aumento de 0,05 para 0,11 auxiliares por mil habitantes.

No município de Ijuí já começam a surgir cirurgiões dentistas especializados no seu quadro de funcionários. Percebe-se um crescimento no número de cirurgiões dentistas generalistas que cresceram em 28% no período estudado. Também houve um avanço das equipes de saúde bucal das ESF que de um profissional passou a cinco, representando um aumento de 400% em cinco anos.

**Quadro 6 - Número de cirurgiões dentista por especialidade e total para o Rio Grande do Sul
Número médio de profissionais nos 12 meses do ano**

Ano	Clínico Geral	Saúde Coletiva	Saúde da Família	Radiologista	Prótese Bucomaxilo	CD Prótese	CD Endodontia	CD Estomatologia	CD Implantodontia	Odontologia Legal	Odontopediatra	Ortodontia/Ortopedia	Patologia Bucal	Periodontia	Buco-Maxilo-Facial	Auditor	Total de CDs
2007	1799	128	546	9	0	8	31	1	0	0	23	11	5	17	57	1	2636
2008	1872	92	592	8	4	9	28	2	0	6	22	10	5	20	58	1	2728
2009	1932	70	660	8	4	14	29	5	1	8	20	15	6	22	53	1	2848
2010	1952	59	669	7	5	19	32	10	3	8	21	15	7	22	58	1	2888
2011	1970	38	680	7	7	19	33	11	3	9	21	13	7	22	76	1	2917

Fonte: CNES, TABNET (DATASUS, 2010).

Para o cálculo anual de profissionais foi utilizada a média mensal, visto que o Sistema CNES fornece dados mensais em função de os contratos de trabalho serem mensais.

Os dados revelam que os cirurgiões dentistas especialistas, excetuando-se os da Saúde da Família e Coletiva que fazem o atendimento de SB na ESF, e, portanto a Atenção Básica, perfazem apenas 8% do total. As especialidades que tiveram maior aumento percentual foram

as de prótese, estomatologia e implantodontia. Existe apenas um cirurgião dentista auditor em todo o Estado. O quadro de profissionais especializados aumentou em 35% no período analisado. O crescimento total do número de dentistas nos cinco anos da análise foi de 11%, sendo que os generalistas aumentaram em 10% e os do ESF em 25%.

Quadro 7 - Número de profissionais Auxiliares no SUS no Rio Grande do Sul

Ano	Atendente de Consultório Dentário	Técnico em Hig. Dental	THD Saúde da Família	Protético Dentário	Auxiliar de Prótese Dentária	Auxiliar de Saúde Bucal	Total de Auxiliares
2007	133	30	18	2	0	549	732
2008	154	30	20	3	1	634	842
2009	167	35	19	3	3	724	951
2010	178	34	26	11	3	769	1021
2011	205	38	31	12	2	795	1083

Fonte: CNES, TABNET (DATASUS, 2010).

Quanto aos auxiliares o quadro técnico ainda registra atendentes de consultórios dentários com cargo atualmente denominado de Auxiliar de Saúde Bucal, tratando-se, no entanto, da mesma função. O número total de auxiliares cresceu 48% em cinco anos. A maior categoria é a de auxiliares em saúde bucal, que representam 92% dos auxiliares. Embora tenha havido crescimento do número de técnicos em saúde bucal ou técnicos em higiene dental (THD), na antiga denominação, pois hoje são denominados Técnico em Saúde Bucal (TSB), esses ainda são em pequeno número (CFO, 2011).

A expansão se deve à exigência desse profissional em equipes de Saúde Bucal do tipo II. Os auxiliares em prótese dentária ou protéticos dentários são os auxiliares responsáveis pela confecção das próteses dentárias em laboratório, os quais ainda são em número reduzido, mas aumentaram quase cinco vezes.

Tabela 20 - Número de profissionais de saúde bucal e proporção por mil habitantes anual para o Estado do Rio Grande do Sul

Ano	População	Cirurgiões Dentistas	Auxiliares em Saúde Bucal	Cirurgiões Dentistas por mil Habitantes	Auxiliares por mil Habitantes
2007	11.080.317	2.636	732	0,24	0,07
2008	10.855.214	2.728	842	0,25	0,08
2009	10.914.042	2.848	951	0,26	0,09
2010	10.693.929	2.888	1021	0,27	0,10
2011	10.693.929	2.880	1083	0,27	0,10

Fonte: CNES, TABNET (DATASUS, 2010).

No Estado existem 0,27 cirurgiões dentistas para cada mil habitantes e 0,10 auxiliares para cada mil habitantes.

A seguir consta a análise dos recursos físicos, baseado no número de consultórios odontológicos instalados.

Tabela 21 – Total de consultórios odontológicos e proporção por mil habitantes no município de Bozano

Ano	População	Número de Consultórios Odontológicos	Consultórios Odontológicos por mil Habitantes
2005	2.444	1	0,41
2006	2.466	1	0,41
2007	2.483	1	0,40
2008	2.361	1	0,42
2009	2.363	1	0,42
2010	2.200	1	0,45
2011	2.200	2	0,91

Fonte: CNES, TABNET (DATASUS, 2010).

Tabela 22 - Número de consultórios odontológicos e proporção por mil habitantes para o município de Coronel Barros

Ano	População	Número de Consultórios Odontológicos	Consultórios Odontológicos por mil habitantes
2005	2.464	2	0,81
2006	2.465	2	0,81
2007	2.459	2	0,81
2008	2.518	2	0,79
2009	2.530	2	0,79
2010	2.459	2	0,81
2011	2.459	2	0,81

Fonte: CNES, TABNET (DATASUS, 2010).

Em Bozano o número de consultórios passou de um para dois e em Coronel Barros houve redução de dois para um. Neste município a média de consultórios por habitante passou de 0,41 para 0,91 para cada mil habitantes. Já em Coronel Barros a média permaneceu em 0,81 consultórios para cada mil habitantes e o número de consultórios permaneceu em dois.

Tabela 23 - Número de consultórios odontológicos e proporção por mil habitantes para o município de Ajuricaba

Ano	População	Número de Consultórios Odontológicos	Consultórios Odontológicos por mil Habitantes
2005	7.464	3	0,40
2006	7.419	3	0,40
2007	7.378	4	0,54
2008	7.411	4	0,54
2009	7.376	4	0,54
2010	7.255	4	0,55
2011	7.255	4	0,55

Fonte: CNES, TABNET (DATASUS, 2010).

Em Ajuricaba, o número de consultórios aumentou de três para quatro, representando um aumento de 33%. A média passou de 0,40 para 0,55 consultórios para cada mil habitantes.

Tabela 24 - Número de consultórios odontológicos e proporção por mil habitantes para o município de Catuípe

Ano	População	Número de Consultórios Odontológicos	Consultórios Odontológicos por mil Habitantes
2005	9.748	3	0,31
2006	9.663	3	0,31
2007	9.576	3	0,31
2008	9.674	3	0,31
2009	9.616	3	0,31
2010	9.323	3	0,32
2011	9.323	3	0,32

Fonte: CNES, TABNET (DATASUS, 2010).

Em Catuípe não houve qualquer mudança, permanecendo três consultórios odontológicos em todo o período, numa proporção de 0,31 consultórios para cada mil habitantes.

Tabela 25 - Número de consultórios odontológicos e proporção por mil habitantes para o município de Ijuí

Ano	População	Número de Consultórios Odontológicos	Consultórios Odontológicos por mil Habitantes
2005	78.992	17	0,22
2006	79.575	20	0,25
2007	80.154	20	0,25
2008	79.412	22	0,28
2009	79.718	22	0,28
2010	79.718	22	0,28
2011	79.718	23	0,29

Fonte: CNES, TABNET (DATASUS, 2010).

No município de Ijuí houve um crescimento de 35% no número de consultórios, que passaram de 17 para 23. A proporção que era de 0,22 consultórios para mil habitantes ficou em 0,29 consultórios para cada mil habitantes.

No RS houve um crescimento de 22% no número de consultórios que passaram de 2.111 para 2.573. A proporção que era de 0,19 consultórios para mil habitantes ficou em 0,24 consultórios para cada mil habitantes.

Tabela 26 - Número de consultórios odontológicos e proporção por mil habitantes para o Estado do Rio Grande do Sul

Ano	População	Número de Consultórios Odontológicos	Consultórios Odontológicos por mil habitantes
2005	10.845.002	2.111	0,19
2006	10.963.216	2.200	0,2
2007	11.080.317	2.311	0,21
2008	10.855.214	2.366	0,22
2009	10.914.042	2.383	0,22
2010	10.693.929	2.404	0,22
2011	10.693.929	2.573	0,24

Fonte: CNES, TABNET (DATASUS, 2010).

Tabela 27 - Número de consultórios odontológicos e proporção por mil habitantes para o Brasil

Ano	População	Número de Consultórios Odontológicos	Consultórios Odontológicos por mil habitantes
2005	184.184.074	31.414	0,17
2006	186.770.613	34.292	0,18
2007	189.335.191	37.257	0,20
2008	189.612.814	38.722	0,20
2009	191.481.045	39.765	0,21
2010	190.755.799	40.699	0,21
2011	190.755.799	41.630	0,22

Fonte: CNES, TABNET (DATASUS, 2010).

No Brasil houve um crescimento de 33% no número de consultórios, que passaram de 31.414 para 41.630. A proporção que era de 0,17 consultórios ficou em 0,22 consultórios para cada mil habitantes.

Passa-se agora a contemplar os resultados da produtividade, a qual igualmente é expressa em tabelas.

Tabela 28 - Produtividade dos consultórios odontológicos e percentual da capacidade teórica possível e percentual atingido para o município de Bozano

Ano	Número de consultórios odontológicos	Procedimentos anuais	Produtividade por consultórios odontológicos	Capacidade máxima de procedimentos/ano	Percentual de produtividade possível realizada
2005	1	4.198	4.198	4.224	99%
2006	1	3.602	3.602	4.224	85%
2007	1	3.193	3.193	4.224	76%
2008	1	2.399	2.399	4.224	57%
2009	1	2.211	2.211	4.224	52%
2010	1	1.224	1.224	4.224	29%
2011	2	862	431	8.448	10%

Fonte: CNES, TABNET (DATASUS, 2010).

Tabela 29 - Produtividade dos consultórios odontológicos e percentual da capacidade teórica possível e percentual atingido para o município de Coronel Barros

Ano	Número de consultórios odontológicos	Procedimentos anuais	Produtividade por consultórios odontológicos	Capacidade máxima de procedimentos/ano	Percentual de produtividade possível realizada
2005	2	6.152	3.076	8.448	73%
2006	2	5.086	2.543	8.448	60%
2007	2	3.982	1.991	8.448	47%
2008	2	2.660	1.330	8.448	31%
2009	2	4.847	2.424	8.448	57%
2010	2	3.488	1.744	8.448	41%
2011	2	3.951	1.976	8.448	47%

Fonte: CNES, TABNET (DATASUS, 2010).

Os dados anteriores mostram que nos pequenos municípios, em alguns anos, a demanda do serviço chegou a utilizar mais de 90% da capacidade instalada de atendimento e

esteve acima de 50% em boa parte do período. A média foi de 51% em Coronel Barros e de 58% em Bozano. A atividade dos consultórios caiu ao longo dos anos.

Tabela 30 - Produtividade dos consultórios odontológicos e percentual da capacidade teórica possível e percentual atingido para o município de Ajuricaba

Ano	Número de consultórios odontológicos	Procedimentos anuais	Produtividade por consultórios odontológicos	Capacidade máxima de procedimentos/ano	Percentual de produtividade possível realizada
2005	3	7.178	2.393	12.672	57%
2006	3	337	112	12.672	3%
2007	4	2.791	698	16.896	17%
2008	4	4.131	1.033	16.896	24%
2009	4	3.563	891	16.896	21%
2010	4	4.550	1.138	16.896	27%
2011	4	3.219	805	16.896	19%

Fonte: CNES, TABNET (DATASUS, 2010).

Tabela 31 - Produtividade dos consultórios odontológicos e percentual da capacidade teórica possível e percentual atingido para o município de Catuípe

Ano	Número de consultórios odontológicos	Procedimentos anuais	Produtividade por consultórios odontológicos	Capacidade máxima de procedimentos/ano	Percentual de produtividade possível realizada
2005	3	4.904	1.635	12.672	39%
2006	3	3.857	1.286	12.672	30%
2007	3	3.329	1.110	12.672	26%
2008	3	3.824	1.275	12.672	30%
2009	3	10.768	3.589	12.672	85%
2010	3	3.643	1.214	12.672	29%
2011	3	4.338	1.446	12.672	34%

Fonte: CNES, TABNET (DATASUS, 2010).

Já nos municípios intermediários como Ajuricaba, a média de utilização dos consultórios foi de 24%; já em Catuípe a média foi de 39%, com um pico de 85%. A produtividade caiu ao longo dos anos e em Catuípe houve queda seguida de elevação. A produtividade foi menor do que nos pequenos municípios.

Tabela 32 - Produtividade dos consultórios odontológicos e percentual da capacidade teórica possível e percentual atingido para o município de Ijuí

Ano	Número de consultórios odontológicos	Procedimentos anuais	Produtividade por consultórios odontológicos	Capacidade máxima de procedimentos/ano	Percentual de produtividade possível realizada
2005	17	25.241	1.485	71.808	35%
2006	20	1.825	91	84.480	2%
2007	20	13.410	671	84.480	16%
2008	22	23.754	1.080	92.928	26%
2009	22	32.851	1.493	92.928	35%
2010	22	26.644	1.211	92.928	29%
2011	23	18.507	805	97.152	19%

Fonte: CNES, TABNET (DATASUS, 2010).

Já no município de Ijuí a média de utilização dos consultórios foi de 23%. A produtividade caiu ao longo dos anos e a produtividade se igualou à de Ajuricaba.

Tabela 33 - Produtividade dos consultórios odontológicos e percentual da capacidade teórica possível e percentual atingido para o Rio Grande do Sul

Ano	Número de consultórios odontológicos	Procedimentos anuais	Produtividade por consultórios odontológicos	Capacidade máxima de procedimentos/ano	Percentual de produtividade possível realizada
2005	2.111	4.015.789	1.902	8.916.864	45%
2006	2.200	3.680.296	1.673	9.292.800	40%
2007	2.311	4.342.727	1.879	9.761.664	44%
2008	2.366	5.275.410	2.230	9.993.984	53%
2009	2.383	7.611.824	3.194	10.065.792	76%
2010	2.404	6.078.655	2.529	10.154.496	60%
2011	2.573	5.354.011	2.081	10.868.352	49%

Fonte: CNES, TABNET (DATASUS, 2010).

No RS a taxa de utilização esteve sempre acima de 40% e depois de 2008 o índice de produtividade se manteve acima de 50% da capacidade máxima. A média de utilização dos consultórios foi de 52% e apresentou tendência crescente com exceção de 2011, quando apresentou queda.

Tabela 34 - Produtividade dos consultórios odontológicos e percentual da capacidade teórica possível e percentual atingido para o Brasil

Ano	Número de consultórios odontológicos	Procedimentos anuais	Produtividade por consultórios odontológicos	Capacidade máxima de procedimentos/ano	Percentual de produtividade possível realizada
2005	31.414	100.556.912	3.201	132.692.736	76%
2006	34.292	108.677.598	3.169	144.849.408	75%
2007	37.257	112.916.815	3.031	157.373.568	72%
2008	38.722	96.782.864	2.499	163.561.728	59%
2009	39.765	104.298.725	2.623	167.967.360	62%
2010	40.699	104.019.774	2.556	171.912.576	61%
2011	41.630	113.364.602	2.723	175.845.120	64%

Fonte: CNES, TABNET (DATASUS, 2010).

No Brasil, a taxa de utilização da capacidade instalada sempre esteve acima de 60%, o que reforça a realidade dos consultórios do SUS da região Noroeste terem uma ociosidade muito grande. A média de utilização esteve em 67%, superando inclusive a média do Estado, o que indica que o problema de ociosidade ser comum no Rio Grande do Sul. A utilização caiu até 2008, quando retomou o crescimento.

Tabela 35 - Produtividade por dentista em procedimentos odontológicos por profissional ao ano

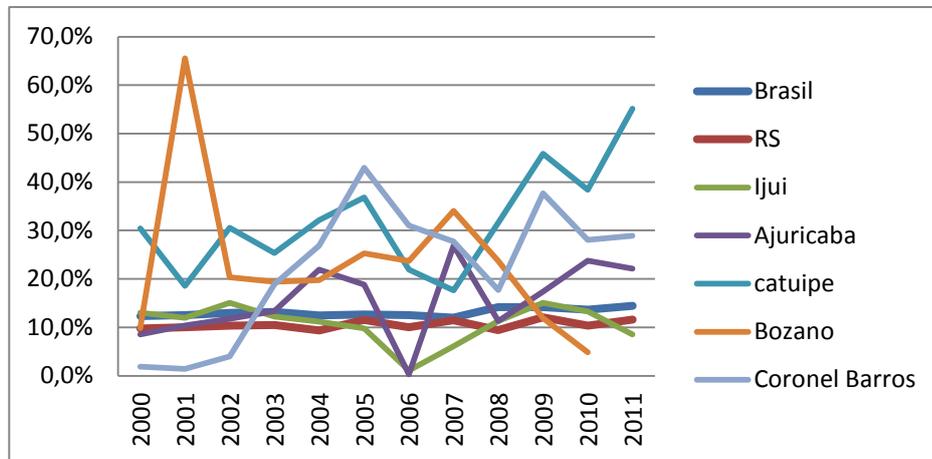
Ano	Bozano	Cel Barros	Ajuricaba	Catuípe	Ijuí	RS
2007	1.597	1.327	930	832	745	1.647
2008	1.200	887	1.377	956	1.485	1.934
2009	1.106	2.424	1.188	2.692	1.932	2.673
2010	612	1.744	1.517	911	1.402	2.105
2011	431	1.976	1.073	1.085	805	1.859

Fonte: CNES, TABNET (DATASUS, 2010).

A produtividade por cirurgião dentista na região Noroeste do Estado do RS está abaixo da média estadual, sendo que em alguns municípios durante certo período essa é só metade da média estadual. A produtividade dos dentistas, em alguns anos, chega também a ser metade da média estadual. A ociosidade no Rio grande do Sul, portanto, é maior do que a constatada no Brasil.

6 DISCUSSÃO

Gráfico 1 – Percentual de população atendida anual



Fonte: SIA/SUS, TABNET (DATASUS, 2010).

Ao analisar o índice de primeiras consultas odontológicas ao longo de uma década, como demonstra o gráfico 1, pode-se observar que a cobertura nacional e estadual permaneceu praticamente constante ao longo dos anos, apresentando uma oscilação próxima a 12%.

Na região houve uma tendência de crescimento, com exceção de Bozano, que apresentou queda a partir do ano de 2006. O município de Ijuí praticamente permaneceu atendendo um pouco mais de 10% da sua população, acompanhando o indicador estadual e nacional. Os demais municípios tiveram um aumento significativo da cobertura ao longo da década, com destaque ao município de Catuípe, que apresentou expressiva variação de crescimento, atingindo mais de 50% da população coberta em 2011.

Percebe-se nitidamente que o percentual de pessoas que acessou o Sistema é bem maior na região se comparado com o Estado e o País. O município de maior porte, que é Ijuí, e um de pequeno porte, que é Bozano, nos últimos anos apresentaram desempenho inferior ao Rio Grande do Sul e Brasil e, apesar dos investimentos feitos principalmente por Ijuí, a situação não foi revertida.

Conforme discutido no modelo, o índice de primeiras consultas deve estar acima de 50% de cobertura para permitir um bom nível de acesso. No entanto, a média nacional e estadual está longe de atingir este resultado, e mesmo na região Noroeste, que tem níveis bem maiores nesse indicador, apenas Catuípe atingiu o ideal, seguido de Ajuricaba e Coronel Barros, que têm seus índices entre 20 e 30%, ou seja, metade do ideal. Bozano e Ijuí apresentaram índices abaixo da média estadual e nacional, sendo o acesso ainda limitado nesses municípios.

O nível de acesso apresentado no Estado do RS e no País está um pouco acima de 10%, ainda assim é insuficiente para permitir uma cobertura ampla com facilidade de acesso.

Na análise final desse indicador pode-se concluir que o acesso ao atendimento odontológico permaneceu invariável no Brasil e no Estado do RS, com crescimento na região Noroeste, com exceção de Ijuí e Bozano. O atendimento odontológico do SUS, com o percentual apresentado em Ijuí, no Estado e no Brasil, tem pouco impacto na sociedade, sendo necessária uma política de melhoria no acesso. Já nos demais municípios o primeiro acesso se torna mais facilitado.

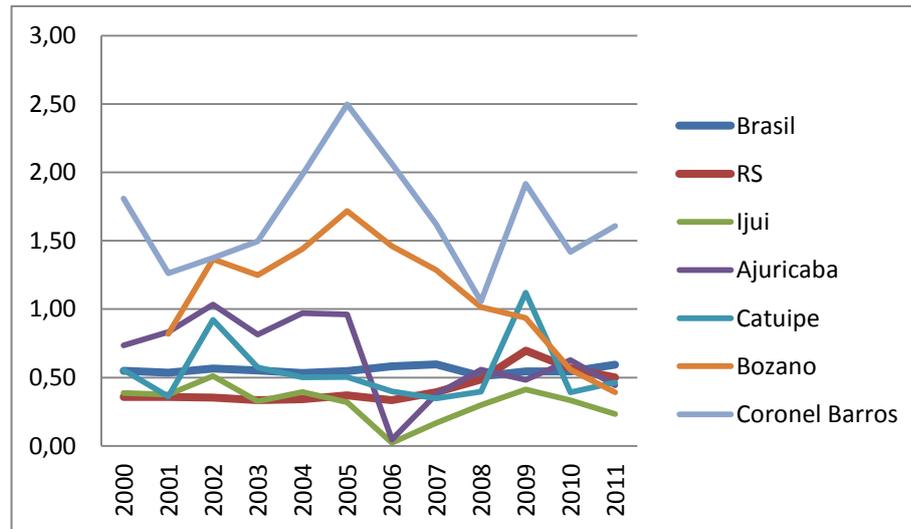
Assim, tanto no Estado como no Brasil, a população coberta pelo atendimento odontológico permaneceu praticamente a mesma. Já a região Noroeste do RS apresentou um crescimento ao longo da década. Embora o acesso universal e, conseqüentemente, a integralidade estejam invariáveis no contexto estadual e nacional, nesta região o atendimento melhorou ao longo dos anos.

O fato de a região Noroeste ser constituída por municípios predominantemente rurais, com uma menor infraestrutura urbana e de serviços, talvez explique a maior demanda pelo SUS visto o atendimento particular ser menor ou inexistente (DATASUS, 2010).

Ao analisar este indicador pode-se concluir que no Brasil e no Estado do Rio Grande do Sul apenas 12% da população procuraram os serviços de saúde bucal do SUS, número que pouco se alterou ao longo de uma década de análise de dados, indicando que o acesso à saúde bucal não se alterou e ainda se encontra longe do ideal.

A região Noroeste apresentou uma realidade diferente em alguns municípios, enquanto o município de Ijuí acompanhou a realidade estadual e nacional, e Bozano teve uma queda acentuada nesse índice ano a ano. Os demais municípios apresentaram desempenhos bem superiores, e embora ainda não tenham atingido o nível ideal de 60% de cobertura, apresentaram tendência de crescimento da cobertura nos últimos anos, mostrando que o acesso tem melhorado.

Este é o principal indicador a ser analisado neste estudo. Ele mostra que o acesso ao atendimento é bom na região, mas é limitado em alguns municípios, principalmente em Ijuí, município pólo da região.

Gráfico 2 – Procedimentos por habitante anual

Fonte: SIA/SUS, TABNET (DATASUS, 2010).

No Brasil, a média de procedimentos por habitante está no mínimo aceitável, ou seja, de 0,5 procedimentos por habitante. O Estado do RS está abaixo desse mínimo, apresentando crescimento e superando-o a partir de 2008. O município de Ijuí esteve sempre abaixo do mínimo, enquanto os demais municípios acompanham a média estadual e nacional, com exceção de alguns picos. Os municípios de pequeno porte apresentam o índice acima de um, embora Bozano apresente queda acentuada em direção ao mínimo nos últimos anos. Apenas Coronel Barros teve um nível ideal nesse indicador.

O município de Ijuí, no levantamento de procedimentos por habitante, atingiu a marca de 0,5 procedimentos por habitante em um único ano em todo período avaliado. A capacidade instalada ainda está muito abaixo do razoável, devendo haver uma grande demanda reprimida por parte do atendimento.

Vale ressaltar que para atender a demanda de saúde bucal da população, desde uma simples avaliação clínica de suas condições de saúde bucal até uma conversa de orientação de cuidados de saúde ou procedimentos curativos, esse índice deveria se aproximar a 2,0.

Isso mostra que o acesso ainda se encontra limitado nas consultas subsequentes, e o Sistema tem pouca resolutividade de atenção básica de modo geral.

Uma vez que todos os territórios analisados, com exceção do município de Coronel Barros, tiveram esse indicador abaixo de 1,0, pode-se assegurar que o Sistema está permitindo que o usuário acesse à primeira consulta, porém terá dificuldades em concluir seu tratamento, pois um baixo índice de procedimentos indica poucas consultas subsequentes, sendo que o tratamento se torna muito demorado.

O acesso e a universalidade não se restringem apenas à entrada no Sistema, mas também à conclusão do tratamento e à completa reabilitação do paciente, incluindo a promoção da saúde mediante de atividades educativas e preventivas em consultório. Desta forma, esse indicador mostra que os cidadãos que acessam o Sistema não estão concluindo seus tratamentos e terão dificuldades na sua conclusão, que é o objetivo do Sistema de Saúde. Isto indica que a maior dificuldade do Sistema não é o início, mas sim o prosseguimento do tratamento.

Este indicador inclui procedimentos preventivos realizados em consultório e na unidade, mas não inclui procedimentos coletivos realizados fora da unidade, como em escolas. Também não foram separados os procedimentos preventivos dos restauradores. No entanto, foi levado em consideração que pelo menos um procedimento preventivo deva ser realizado por habitante ao ano, combinado a meio procedimento curativo. Assim, o indicador permite uma visão da capacidade de atendimento que deve dar condição de realizar ao menos um atendimento por habitante ao ano. Combinando isso aos 50% de cobertura da população tem-se meio procedimento como um bom número. A análise dos gráficos mostra que apenas o município de Ijuí tem dificuldades em atingir esse número. Este indicador mostra a capacidade clínica de atendimento do Sistema.

Passa-se agora à análise dos dados referentes ao quadro de funcionários da Saúde Bucal. O crescimento do número total de dentistas do SUS foi de 11% em cinco anos no Estado do Rio Grande do Sul, sendo que o crescimento do número de clínicos gerais foi de 10% e dos dentistas que trabalham na Saúde de Família foi de 25%. Está havendo um investindo bem maior na ESF, que é um novo modelo de Atenção Básica, no entanto, o modelo antigo não foi abandonado e continua em crescimento.

Quanto ao pessoal técnico auxiliar houve um crescimento de 47% em cinco anos e mesmo o pessoal auxiliar com nível escolar fundamental, cuja categoria está em extinção, apresentou crescimento de 54% dentro dos quadros do SUS. O Sistema de Saúde Bucal do SUS, no entanto, ainda é muito centrado no cirurgião dentista e com poucos auxiliares, o que prejudica a qualidade do atendimento.

A deficiência dos profissionais auxiliares é evidente. O crescimento se deve também ao fato de as equipes de Saúde Bucal da ESF exigirem um auxiliar em saúde bucal, além de as do tipo 2 exigirem também um técnico em saúde bucal. O número de técnicos em prótese dentária ainda é pequeno, mas teve um crescimento percentual de 500% em cinco anos, o que indica que o Sistema começa a investir em média complexidade.

Na maioria dos municípios da região Noroeste o número de dentistas e de auxiliares não cresceu no período, indicando que o Sistema atingiu 100% de cobertura na maior parte dos municípios. Já Ijuí, que possui uma rede em crescimento, teve um aumento de 28% no número de dentistas e de 133% no número de auxiliares em cinco anos. O município tem investido para expandir sua rede, começando a implantar a Saúde Bucal na ESF, que cresceu 400%, atingindo cinco cirurgiões dentistas da ESF em 2011.

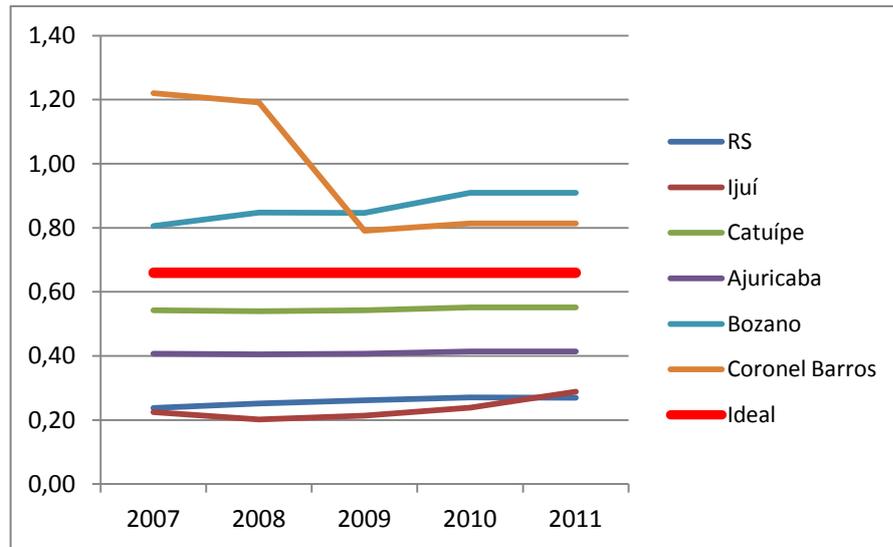
Percebe-se que na região Noroeste do Estado do RS apenas Ijuí expandiu sua rede, podendo-se concluir que os demais municípios consideram ideal o tamanho de sua rede, pois permaneceram inalterados no período. Ainda em Ijuí é possível perceber a existência de dentistas especialistas no quadro de funcionários exatamente por ser um município responsável pela média e alta complexidade, no entanto são apenas em número de dois

Os dados mostram o fato de que apenas 8% do total de dentistas que compõem o quadro total de profissionais odontológicos do SUS no RS são especializados, demonstrando que o investimento em Média e Alta Complexidade ainda é baixo no Estado.

Chama a atenção que em todo o Estado do Rio Grande do Sul só existe um dentista auditor. Sabe-se que para haver a correta avaliação e alocação de recursos são necessários sistemas de informação confiáveis que repassem dados que possam ser utilizados para medir a eficiência, eficácia e produtividade do Sistema de Saúde. Os auditores são profissionais vitais nesse processo, pois são eles que garantem que o sistema de informação funcione, produzindo dados de forma correta, dando instruções e fiscalizando sua utilização. Seria necessário pelo menos um cirurgião dentista auditor para cada macro região do Estado, sendo que o número de um auditor é insuficiente e compromete a credibilidade e a confiabilidade do Sistema (DENASUS, 2005, p. 5-6).

Percebe-se que ocorreu ainda um aumento no número de auxiliares ao longo dos anos em relação ao de cirurgiões dentistas, o que mostra que o Sistema está investindo no incremento dos auxiliares, levando a uma melhor qualidade e produtividade. Isto também se deve ao aumento de equipes de Saúde Bucal da ESF, que obriga a ter, no mínimo, um auxiliar de saúde bucal vinculado a elas, ou ainda, além desse, um técnico em higiene bucal.

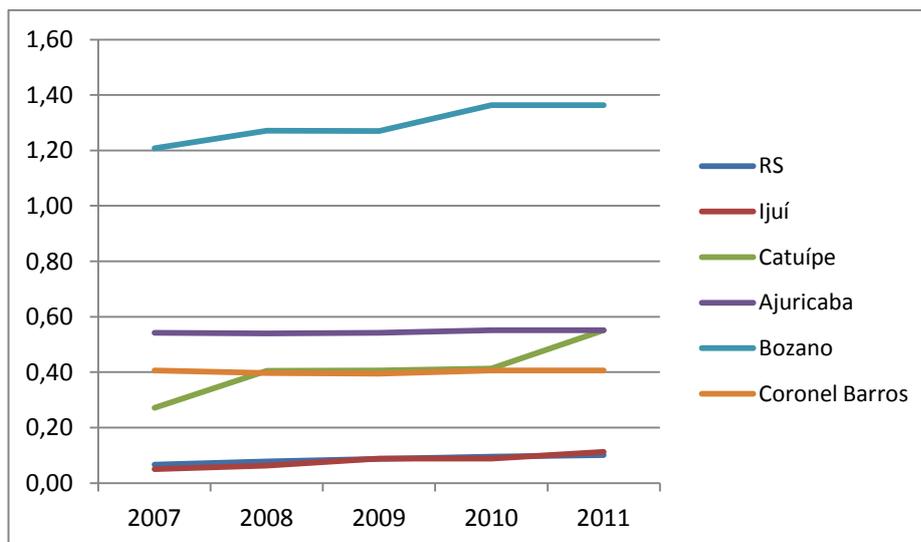
Gráfico 3 – Cirurgiões dentistas por mil habitantes



Fonte: CNES, TABNET (DATASUS, 2010).

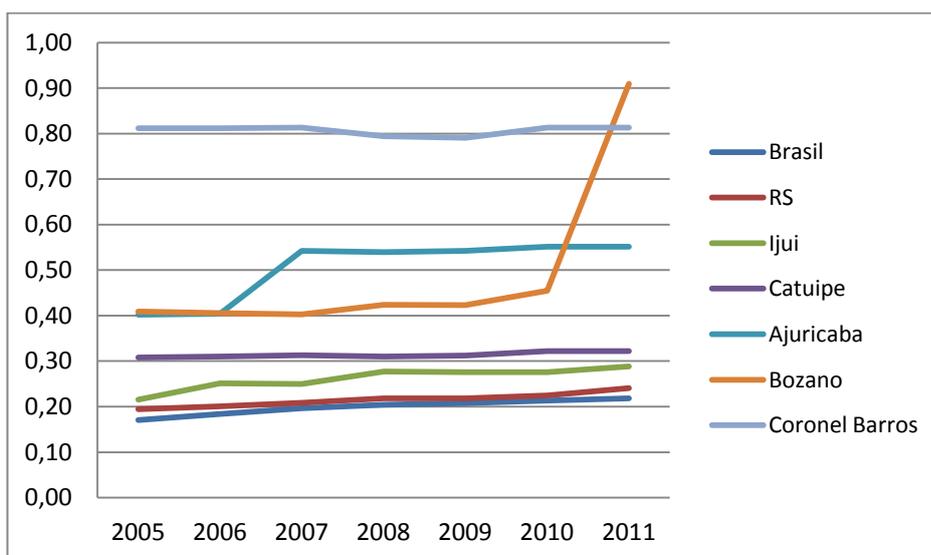
O número de CD por habitante e de consultórios por habitante está acima da média estadual, com exceção de Ijuí que superou essa média apenas no último ano e ainda possui um índice de dentistas por habitante muito baixo, sendo que o investimento necessário para melhorar esse índice terá de ser grande. Há ainda déficits de profissionais em Catuípe e Ajuricaba, segundo os parâmetros desse estudo, no entanto, esses municípios não têm mais expandido seus recursos humanos. Os demais municípios estão acima da proporção ideal. O número de cirurgiões dentistas por habitante ainda pode ser um limitador de acesso nos municípios que têm um índice abaixo do ideal. Ajuricaba e Catuípe deveriam pensar em contratar mais profissionais, assim como Ijuí, que deve continuar expandindo sua rede só que num ritmo mais acelerado.

No município de Ijuí a relação de 0,29 cirurgiões dentistas para cada mil habitantes está abaixo da média dos demais municípios, e há um déficit ainda maior no número de auxiliares, pois são 0,11 auxiliares para cada mil habitantes, sendo o mínimo aceitável de um para cada dois dentistas, enquanto o ideal é de um para cada dentista.

Gráfico 4 – Auxiliares em Saúde Bucal por mil habitantes

Fonte: CNES, TABNET (DATASUS, 2010).

O número de auxiliares por habitante ainda é pequeno no Estado do RS e no município de Ijuí, que tem praticamente acompanhado o índice estadual ao longo dos anos, seguindo o mesmo padrão de investimento da média do Estado. Nos demais municípios da região o número de auxiliares está acima de 0,4 por mil habitantes. O ideal é que o número de auxiliares por habitante iguale o número de consultórios por habitante. Isso é verdadeiro para todos os municípios, com exceção de Ijuí e o Estado do RS.

Gráfico 5 – Consultórios odontológicos por mil habitantes

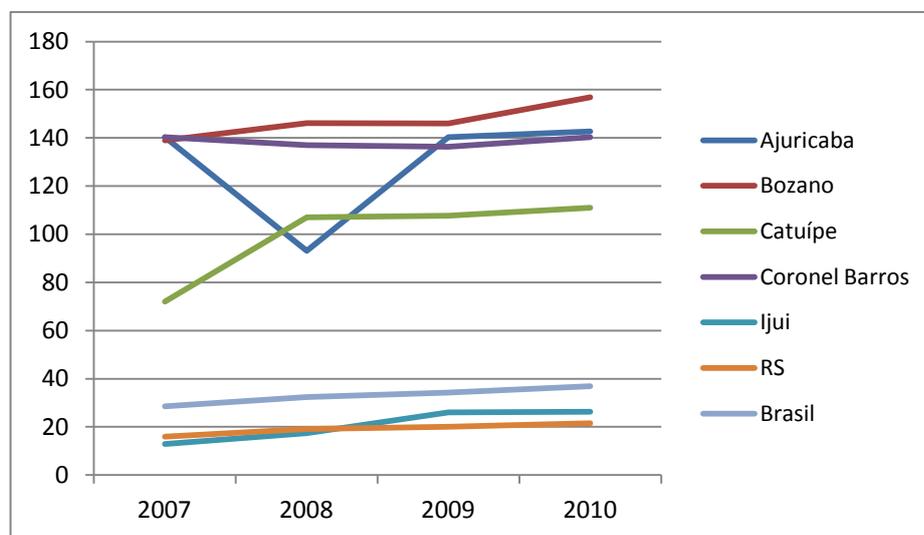
Fonte: CNES, TABNET (DATASUS, 2010).

Segundo a Portaria n. 1.101/02 (BRASIL, 2002), o ideal é haver um cirurgião dentista para cada 1.500 habitantes, logo, o número de consultórios deve se situar em algo entre 1 para

cada 1.500 e metade disso, já que dentistas trabalhando meio turno podem dividir o mesmo consultório. Esses números equivalem a estar entre 0,33 e 0,66 consultórios por mil habitantes. Nos pequenos municípios da região este número já foi atingido e em Catuípe e Ijuí é necessário instalar mais consultórios para atingir a proporção ideal, sendo necessário mais um em Catuípe e de três a quatro consultórios em Ijuí. Já a média estadual e nacional é bem parecida e ainda é necessária uma expansão do número de consultórios odontológicos no Estado e no Brasil. O crescimento do número de consultórios foi acima de 20% em seis anos, sendo de 35% em Ijuí, 22% no RS e 35% no Brasil, o que mostra um investimento em infraestrutura que tem permanecido ao longo dos anos, o que provavelmente deve acabar com a defasagem estrutural em uma década.

Embora os investimentos ainda não estejam no nível ideal, principalmente nos municípios maiores, tem havido uma expansão constante do Sistema ao longo dos anos. Esses investimentos, porém, nem sempre refletem em qualidade de acesso, como mostraram os indicadores de cobertura e de procedimentos por habitante.

Gráfico 6 – Cobertura do ESF – Saúde Bucal em percentual da população coberta



Fonte: SIAB, TABNET (DATASUS, 2010).

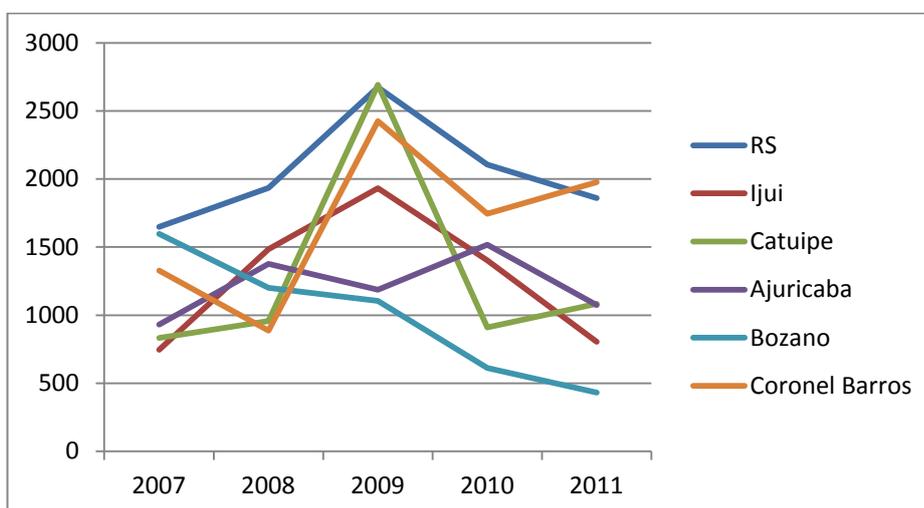
A implantação das equipes de saúde bucal na ESF atingiu os 100% de cobertura em todos os municípios da região, com exceção do município de Ijuí, que quase dobrou sua cobertura no período. No entanto, embora tenha superado a média de cobertura estadual ainda está abaixo da média nacional, apresentando uma cobertura inferior a 30%, sendo que o mínimo de cobertura recomendado é de 40% (BRASIL, 2010b).

A política da ESF como modelo para Atenção Básica tem crescido, embora a cobertura ainda seja muito pequena no RS, no Brasil e no município de Ijuí, e talvez esse

novo modelo de atenção melhore o nível de acesso nos grandes municípios. Na região apenas a cobertura de 100% da ESF Saúde Bucal não garantiu um acesso melhor, embora se perceba que alguns municípios com essa cobertura tenham atingido um melhor nível de acesso. Certo é que não basta haver uma equipe implantada, mas é necessário que ela adote uma nova filosofia de atendimento, em que “a incorporação das ações de Saúde Bucal pelas Equipes da Família visa transpor esse modelo de organização e prática anterior, sendo altamente desafiador e difícil, na medida em que procura integrar a prática dos profissionais da equipe” (BRASIL, 2008).

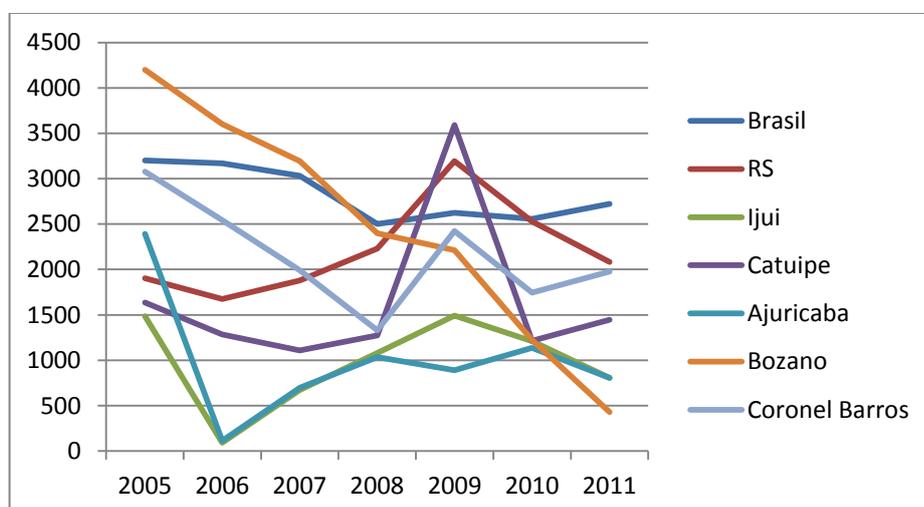
Procede-se agora a análise dos resultados da produtividade do Sistema de Saúde Pública da região Noroeste do Estado do RS.

Gráfico 7 – Produtividade – Procedimentos por cirurgião-dentista do SUS anual



Fonte: SIA/SUS, CNES, TABNET (DATASUS, 2010).

Gráfico 8 - Produtividade – Procedimentos por consultório odontológico do SUS anual



Fonte: SIA/SUS, CNES, TABNET (DATASUS, 2010).

A produtividade considerada tanto por cirurgiões dentistas quanto por consultórios tem caído ao longo dos anos, com excessão dos municípios de Coronel Barros e Catuípe, que tiveram um aumento a partir de 2010. A produtividade por cirurgiões dentistas é menor do que a dos consultórios, o que indica que esses profissionais compartilham o mesmo consultório público em turnos diferentes. Assim, há profissionais de turno integral e de turno reduzido, que não possuem dedicação exclusiva.

Se for considerada a produtividade em relação aos procedimentos por cirurgião dentista, essa só é próxima à média estadual nos pequenos municípios; já nos municípios médios e nos de maior porte a produtividade ainda está bem abaixo da média estadual. A maior dependência do SUS da população nesses pequenos municípios, como demonstrado anteriormente, parece explicar esse fenômeno. No entanto, o Sistema está bem mais ocioso nos municípios de maior porte e a causa não é o número insuficiente de cirurgiões dentistas e consultórios, mas sim a baixa produtividade, o que dificulta o acesso da população.

Os consultórios e dentistas da região Noroeste apresentam um índice de ociosidade maior do que do RS e Brasil, o que indica que a possibilidade de atendimento pode ser bem maior e o acesso ao serviço pode ser ampliado, devendo-se focar em políticas para atrair e manter o usuário.

Os índices de produtividade tanto de profissionais quanto de consultórios indicam que a infraestrutura está subutilizada na região. O baixo índice de acesso da população ao serviço não se deve ao Sistema estar sobrecarregado estruturalmente.

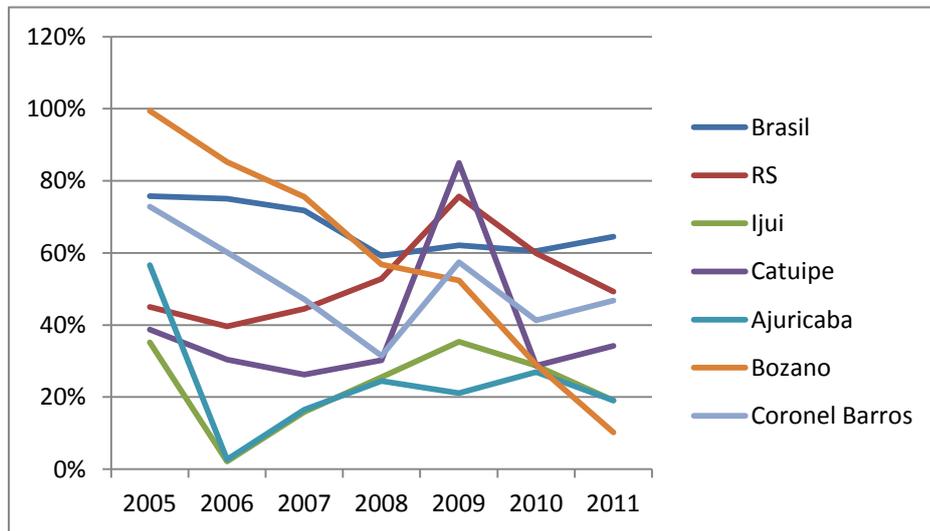
Ocorre também um baixo índice de procedimentos por habitante. A chave para explicar o pequeno índice de acesso parece estar na qualidade do serviço, que talvez não resolva todos os problemas do usuário.

A importância de se medir índices de produtividade de profissionais e de consultórios está em saber se sobram consultórios e se faltam profissionais e ou vice-versa. No entanto, o fato de os índices serem diferentes, havendo menor produtividade por dentistas que por consultórios, mostra haver mais profissionais que consultórios. Assim, existem muitos profissionais em turnos parciais de atendimento sem dedicação exclusiva ao Sistema. Talvez seja necessário estimular a dedicação exclusiva como forma de melhorar o acesso e a qualidade do serviço.

Percebe-se aqui a importância de se observar não apenas os investimentos e os aumentos de recursos, mas também a qualidade e a eficiência do serviço. Muitas vezes, o simples crescimento do Sistema mediante investimentos em infraestrutura podem não resultar em melhoria das condições de acesso da população ao serviço, fato este encontrado aqui nesta

análise de dados. Barbosa e Carvalho (2010, p. 26-28) citam a qualidade e a eficiência como atributos indispensáveis a uma boa gestão em saúde.

Gráfico 9 – Produtividade em percentual do máximo teórico possível de produção para os consultórios odontológicos



Fonte: SIA/SUS, CNES TABNET (DATASUS, 2010).

Nota-se uma queda na produtividade dos municípios ora analisados ao longo dos anos. Embora existam equipamentos e dentistas em número suficiente para garantir um bom acesso, a produtividade dos mesmos vem caindo a cada ano. Talvez uma busca excessiva pela qualidade esteja diminuindo a produtividade ao atender menos clientes por turno. No entanto, isso torna caro e improdutivo o Sistema desses municípios, sem garantir o acesso à sua população. Este estudo mostra a baixa produtividade como limitante do acesso e suas causas merecem um estudo à parte.

Ao analisar os resultados como um todo percebe-se que há investimento na expansão do Sistema de Saúde Bucal, e que o SUS busca a integralidade de atendimento, expandindo a sua atuação além do atendimento médico e de enfermagem. Houve crescimento no número de dentistas, auxiliares e consultórios, embora a situação no Estado do Rio grande do Sul e no Brasil esteja longe da estrutura física e recursos humanos na quantidade ideal. Na região Noroeste do Estado a situação da estrutura física é bem melhor nos municípios menores, sendo que apenas Ijuí apresenta um expressivo déficit estrutural.

Estranhamente a produtividade do atendimento em saúde bucal tem ficado abaixo da média estadual e nacional na região Noroeste do Estado do RS, ou seja, embora haja uma maior estrutura esta tem ficado mais ociosa do que no restante do País.

O argumento de que os dentistas possam fazer trabalhos preventivos extra-unidades não é justificativa para a ociosidade dos consultórios, visto que se pode contratar mais profissionais para fazê-los operar em tempo integral. A única justificativa para haver consultórios ociosos é se o índice de acesso for o ideal, devendo-se pensar em reduzir o tamanho do sistema para que ele não desperdice recursos.

Nesta ociosidade está o grande problema do Sistema nesta região. É necessário melhorar a produtividade e a qualidade do serviço, no entanto, no Brasil e no Estado do RS o maior problema é o investimento insuficiente. No município de Ijuí existem ambos os problemas.

Ao medir-se a cobertura de primeiras consultas e os procedimentos por habitante, percebe-se um bom índice de primeiro acesso na região Noroeste do Estado do RS, no entanto, ainda longe do ideal, e o município de maior porte, que é o de Ijuí, ficou abaixo da média estadual e nacional.

Já nos procedimentos por habitantes, os quais indicam a continuidade do tratamento inicial, apenas o município de Coronel Barros tem se destacado, tendo os demais municípios acompanhado a média nacional.

O acesso universal no atendimento em saúde bucal ainda esta longe de ser alcançado, e é necessário não só investir em infraestrutura, mas também melhorar a eficiência do Sistema Público do SUS, seja mediante melhora na qualidade do serviço, seja por melhor utilização dos recursos que, embora estejam sobrando, não conseguem cobrir a demanda.

O tratamento integral, que é um dos objetivos do SUS, precisa ser alcançado, pois os investimentos em saúde bucal não param, e o Sistema cresce embora o seu ritmo seja lento.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho se propôs a fazer uso dos sistemas de informação em saúde disponibilizados pelo DATASUS, com vistas a avaliar a evolução estrutural do atendimento público em saúde bucal de municípios da região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, visando examinar as condições de acesso por meio de indicadores criados para isso. Podem ter ocorrido fatores pontuais, como doenças em profissionais de pequenos municípios, falta de alimentação de dados, cadastros desatualizados, o que interferiu na produtividade e nos resultados em alguns anos. No entanto, é de responsabilidade obrigatória dos municípios manter seus dados atualizados, pois sem isso se torna impossível estabelecer o planejamento e avaliação do serviço de saúde, o que de imediato torna o serviço público sem credibilidade. Como a pesquisa abrangeu mais de 10 anos esses fatores foram minimizados (CONASS, 2011, p. 176-177).

A busca pela universalidade do Sistema de Saúde é uma condição de cidadania e, portanto, desenvolver métodos práticos para sua avaliação é de suma importância para a sociedade e para o Sistema Único de Saúde.

Também devido à limitação de tempo e de complexidade, visto se tratar de uma monografia de conclusão de curso, procurou-se não expandir em demasia o número de indicadores, visando não estender demais o trabalho. No entanto, foram utilizados indicadores de relevância para o estudo.

Os sistemas de informação do SUS têm limitações e a principal delas é não ter um código de conclusão de tratamento como possui a primeira consulta. Isso dificulta avaliar se o atendimento teve sua conclusão. Esse controle pode ser implantado individualmente pelos municípios, no entanto, sua adoção pelo SIA/SUS poderia permitir a praticidade da análise em nível nacional e por Unidade da Federação. Também têm um alcance limitado para medir as medidas preventivas, visto que os indicadores de prevenção são referenciados apenas à população de 0-15 anos, não se aplicando a toda a população, o que limita sua utilização quando o foco é a população em geral (BRASIL, 2008).

O foco deste trabalho foi medir a cobertura de primeiro acesso da população e a capacidade de atendimento do Sistema avaliado por percentuais de atendimento. Embora a produtividade possa ser afetada por medidas e políticas preventivas, o acesso à primeira consulta sempre é necessário para que se possa avaliar a saúde bucal da população em seus vários aspectos. Não é preciso o sistema manter a produtividade máxima, mas é necessário que ele atenda toda a população, proporcionando-lhe ao menos uma consulta de avaliação,

orientações e procedimentos preventivos por ano, bem como as consequentes consultas para tratamento reparador que permitam a conclusão do tratamento.

Assim, este estudo teve dificuldades em avaliar o impacto das medidas preventivas sobre a população, visto que a implantação dessas políticas tende a diminuir a necessidade de atendimento reparador, sendo as consultas restritas à revisão e aplicação de medidas preventivas em consultório. É certo que a população necessita de uma consulta de avaliação por ano, no entanto, o número de consultas subsequentes e a quantidade de procedimentos restauradores são influenciados pelas medidas preventivas.

O objetivo deste estudo era, portanto, medir a quantidade de primeiro acesso comparado à capacidade de atendimento.

Na análise dos dados foi possível observar que o nível de acesso é melhor na região Noroeste do Estado quando comparado à média estadual e nacional. No entanto, há diferenças na qualidade do acesso quando se observa o tamanho dos municípios. Neste caso, o município de Ijuí, sede e pólo da região, obteve resultados iguais à média estadual e nacional.

Nos municípios menores os resultados foram muito melhores. Isso explica o melhor desempenho na região por ser constituída principalmente de municípios de pequeno porte. Nesses municípios, a estrutura necessária para cobrir 100% da população é muito menor do que em municípios de grande e médio porte. Muitas vezes, apenas a instalação de um consultório garante essa cobertura, o que em parte explica o melhor desempenho desses municípios em relação aos demais, que precisam construir estruturas muito maiores.

Mesmo nos pequenos municípios, entretanto, o acesso ainda não atingiu o ideal. Embora tenham uma estrutura apta para garantir o acesso universal, na prática isso ainda não ocorre, indicando que o principal problema para se obter a universalidade e a integralidade do atendimento está, principalmente, na gestão dos recursos do que nos recursos em si.

A implantação da saúde bucal na ESF não foi por si garantia de melhora nos indicadores de atendimento. Isso porque implantar não significa adotar a nova filosofia que essa estratégia exige, o que demanda tempo para que a equipe passe a atuar na nova linha de atendimento. É preciso bastante tempo e uma cobertura mínima para que surjam resultados da ESF. Também é necessária uma nova forma de agir. Esse estudo não obteve resultados uniformes, sendo que em alguns municípios a situação melhorou com a implantação, enquanto que em outros piorou e em outros ainda se manteve igual.

É necessário não apenas expandir as estruturas, o que tem sido feito de forma lenta, mas criar estratégias que permitam tirar o máximo proveito do que já está implantado.

A luta por um SUS com atendimento universal, integral e de qualidade não passa apenas pelo aumento de recursos para a saúde, mas pelo aumento de recursos com qualidade, otimização e eficiência, sem as quais o sistema público de saúde não conseguirá atingir seus objetivos.

Não se deve esquecer nunca que por mais grandiosa que seja a construção do Sistema de Saúde, ele não deve ignorar o ser humano e tampouco perder a sua humanidade. Um sistema de saúde não é feito só de números, mas principalmente de vidas, e é por todos os cidadãos que ele existe, pois são a alma desse grande SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, A. O.; OLIVEIRA M. C. **Tipos de pesquisa**. Trabalho de conclusão da disciplina Metodologia de Pesquisa Aplicada a Contabilidade – Departamento de Controladoria e Contabilidade da USP. São Paulo, 1997.

BARBOSA, P.R.; CARVALHO, A.I. Organização e funcionamento do SUS. **Epidemiologia e serviços de saúde**. Florianópolis: UFSC/CAPES/UAB, 2010. 190 p.

BARROS, S.G.; CHAVES, S.C.L. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, 2003, v. 12, n. 1. p. 41-51.

BRASIL. (Constituição, 1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

_____. **Lei Federal nº 8.080/90**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, Senado Federal, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.101/02**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Manual do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde/ CNES**. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Versão 2. Atualização. 2006, 162 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGEST. Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde. **Indicadores de gestão do trabalho em saúde**: material de apoio para o programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS. Brasília, 2007. 290 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção Básica** (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília, 2008, nº 17. 92 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **Manual técnico operacional SIA/SUS - sistema de informações ambulatoriais**. Brasília, 2010a. 61 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 3.840/10**. Brasília, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde - CNS. **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde**. (Série E. Legislação de saúde). Brasília, 2011. 208 p.

CFO. Conselho Federal de Odontologia. **Consolidação das normas para procedimentos nos Conselhos de Odontologia**. Rio de Janeiro, 2011.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes.** Brasília, 2002. 61 p.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Ciência e Tecnologia em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde: Coleção Progestores: Para entender a gestão do SUS N° 4.** Brasília, 2007. 166 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema único de Saúde.** Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Brasília, 2011, n. 1. 291 p.

DATASUS. Departamento de informática do SUS. **Cadernos de Informação em Saúde.** Brasília, 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rs.htm>>. Acesso em: 10 fev. 2012.

DENASUS. Departamento nacional de auditoria do SUS. Ministério da Saúde. **Orientações técnicas sobre auditoria em odontologia no SUS: caderno 2.** (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 2. ed. rev. atual. Brasília, 2005. 56 p.

FROTA, Luiz Carlos Miranda. **Inteligência nas organizações públicas de saúde: soluções e informações estratégicas para gestão** (Mestrado em saúde pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, [s.l.], [s.e.], 2009. 108 p.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa e quantitativa em ciências sociais.** Rio de Janeiro: Record, 1999.

IBGE. **Dados do Censo Populacional 2010.** Censo 2010. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_dou/default_resultados_dou.shtm>. Acesso em: 19 mar. 2012.

MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada.** 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 2. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2007.

PONTES, A.P.M. de; CESSO, R.G.D.; OLIVEIRA, D.C.; GOMES, A.M.T. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? **Esc. Anna Nery** [online]. 2009, v. 13, n. 3. pp. 500-507.

SCATENA, João Henrique G.; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Utilização do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) na análise da descentralização da saúde em Mato Grosso. **Inf. Epidemiol. SUS**, Brasília, v. 10, n. 1, mar. 2001. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732001000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2012.

SZYMCZAK, V.L.; PIRES, A.J. O Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto da seguridade social: a diferença entre a realidade no cotidiano social e as determinações legais vigentes. **Rev. Eletrônica Lato Sensu.** 2007, ano 2, n° 1. p. 1-22.

TERENCE, A.C.F.; ESCRIVÃO FILHO, E. Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-Aaão nos estudos organizacionais. In: **XXVI Encontro Nacional de Engenharia de Produção**, 2006, Fortaleza-CE. Anais da XXVI ENEGEP, Fortaleza: [s/e], 2006.

Sites eletrônicos visitados:

Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>.

Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>.

Disponível em: <<http://www.ethos.com.br>> Acesso em: 18 de maio de 2012.

ANEXOS

ANEXO A

**PROCEDIMENTOS SIA/SUS CONSIDERADOS NOS INDICADORES DE
PROCEDIMENTOS POR HABITANTES ATÉ 2008**

0302201-APLIC.TERAPÊUT.INTENSIVA C/FLUOR-P/SESSÃO
0302202-APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO POR DENTE
0302203-APLICAÇÃO DE SELANTE POR DENTE
0302204-CONTROLE DA PLACA BACTERIANA
0302205-ESCARIAÇÃO POR DENTE
0302206-REMOCAO INDUT.PLAC.CALC.SUPRAGENG.P/HEMIAR
0302207-CURETAG.SUBGENGIVAL/POLIM.DENT.P/HEMIARCAD
0302208-INSERCAO CONDESACAO SUBSTAN.RESTAU.P/DENT
0303101-CAPEAMENTO PULPAR DIRETO DENTE PERMANENTE
0303102-PULPOTOMIA DENTE DECÍDUO/PERM. SELAM.PROVI
0303103-RESTAURAÇÃO A PINO
0303104-RESTAURAÇÃO C/AMALGAMA DUAS/MAIS FACES
0303105-RESTAURAÇÃO COM AMALGAMA UMA FACE
0303106-RESTAURAÇÃO C/COMPÓSITO DUAS/MAIS FACES
0303107-RESTAURAÇÃO COM COMPÓSITO UMA FACE
0303108-RESTAURAC.C/COMPÓSITO ENVOLV.ÂNGULO INCISA
0303109-RESTAURAÇÃO COM SILICATO DUAS/MAIS FACES
0303110-RESTAURAÇÃO COM SILICATO UMA FACE
0303111-RESTAURAÇÃO FOTOPOLIMERIZÁVEL 2/MAIS FACES
0303112-RESTAURAÇÃO FOTOPOLIMERIZÁVEL UMA FACE
0303113-REMOCAO DE CARIE/PREPARO CAVITARIO por DENTE
0303114-RESTAURACAO C/IONOMERO DE VIDRO DE UMA FAC
0303115-RESTAURACAO C/IONOMERO VIDRO 2/MAIS FACES
0304101-EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO
0304102-EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE
0304103-REMOÇÃO DE RESTO RADICULAR
0304105-TRATAMENTO DE ALVEOLITE
0304106-TRATA.HEMORRAGIA/PEQUEN.PROCEDIM.EMERGÊNCI
0304107-ULOTOMIA
0305101-MOLDAGEM/ADAPTACAO/ACOMPANHAM.PROTESE DENT

ANEXO B

PROCEDIMENTOS SIA/SUS CONSIDERADOS NOS INDICADORES DE PROCEDIMENTOS POR HABITANTE APÓS 2008

0101020058 APLICACAO DE CARIOSTATICO (POR DENTE)
0101020066 APLICACAO DE SELANTE (POR DENTE)
0101020074 APLICACAO TOPICA DE FLUOR (INDIVIDUAL POR SESSAO)
0101020082 EVIDENCIACAO DE PLACA BACTERIANA
0101020090 SELAMENTO PROVISORIO DE CAVIDADE DENTARIA
0307010015 CAPEAMENTO PULPAR
0307010023 RESTAURACAO DE DENTE DECIDUO
0307010031 RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR
0307010040 RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR
0307020010 ACESSO A POLPA DENTARIA E MEDICACAO (POR DENTE)
0307020029 CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO
0307020037 OBTURACAO DE DENTE DECIDUO
0307020070 PULPOTOMIA DENTARIA
0307020118 SELAMENTO DE PERFURACAO RADICULAR
0307030016 RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)
0307030024 RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE)
0307030032 RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)
0307040038 INSTALACAO E ADAPTACAO DE PROTESE DENTARIA
0307040070 MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL P/ CONSTRUCAO DE PROTESE DENTARIA
0307040089 REEMBASAMENTO E CONserto DE PROTESE DENTARIA
0414020120 EXODONTIA DE DENTE DECIDUO
0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE
0414020383 TRATAMENTO DE ALVEOLITE 718
0414020405 ULOTOMIA/ULECTOMIA 375