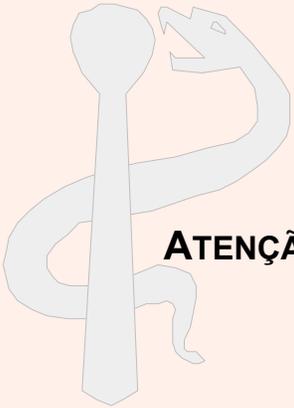


Universidade Federal da Bahia
Faculdade de Odontologia
Mestrado em Odontologia



**ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NA BAHIA: PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO,
OFERTA DE SERVIÇOS E EXPERIÊNCIA DE CÁRIE DENTÁRIA.**

Sandra Garrido de Barros



Salvador – Bahia

2005

Universidade Federal da Bahia
Faculdade de Odontologia
Mestrado em Odontologia

**ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NA BAHIA: PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO,
OFERTA DE SERVIÇOS E EXPERIÊNCIA DE CÁRIE DENTÁRIA.**

Sandra Garrido de Barros

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientador: Profa. Dra. Maria Isabel Pereira Vianna

Co-orientador: Profa. Sônia Cristina Lima Chaves

Salvador – Bahia

2005

B277

Barros, Sandra Garrido de.

Atenção à saúde bucal na Bahia: experiência de descentralização, oferta de serviços e cárie dentária / Sandra Garrido de Barros. Salvador, 2005.

111 f.

Orientador: Profa. Dra. Maria Isabel Pereira Vianna

Co-Orientado: Sônia Cristina Lima Chaves

Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Odontologia, 2005.

1. Saúde bucal. 2. Cárie dentária. 3. Sistemas locais de saúde. 4. Descentralização I. Vianna, Maria Isabel Pereira (Orientadora). II. Chaves, Sônia Cristina Lima (Co-orientadora). II. Título.

CDU: 616.314.053.2

Universidade Federal da Bahia
Faculdade de Odontologia
Mestrado em Odontologia

**ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NA BAHIA: PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO,
OFERTA DE SERVIÇOS E EXPERIÊNCIA DE CÁRIE DENTÁRIA.**

Sandra Garrido de Barros

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Salvador, 14 de fevereiro de 2005.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Isabel Pereira Vianna (UFBA)

Profa. Dra. Maria Cristina Teixeira Cangussu (UFBA)

Prof. Dr. Ângelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira (UFRN)

A meus pais, Rosa e Sérgio,
E meus irmãos, Sérgio e Renato.
Minha família, minha vida,
Meu eterno porto seguro.

Agradecimentos

Com certeza esta é a parte mais importante deste trabalho, agradecer àqueles que de alguma forma contribuíram para que ele se tornasse uma realidade.

Ao longo da minha vida e da minha formação acadêmica, várias pessoas iluminaram os meus passos e me guiaram para que chegasse até aqui. Agradeço a Deus a oportunidade da vida e a convivência com pessoas tão especiais como vocês. Muito obrigada a todos.

Poucos alunos de graduação têm a oportunidade de vivenciar uma experiência tão rica e gratificante como o Programa Especial de Treinamento –PET, base da minha iniciação científica e da minha inserção em atividades de ensino e extensão. Assim, agradeço à **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior** (CAPES) a iniciativa e a manutenção do Programa e a **Profa. Dra. Silvia Regina de Almeida Reis**, tutora do PET – Odontologia, a imensa contribuição para a minha formação profissional e meu crescimento pessoal.

De forma muito especial agradeço, a minha orientadora, **Profa. Dra. Maria Isabel Pereira Vianna**, a compreensão frente às minhas inúmeras atividades e responsabilidades, a confiança, a amizade e o carinho que desenvolvemos neste período.

A minha co-orientadora, **Profa. Sônia Cristina Lima Chaves**, a precisão de suas contribuições, a amizade, a atenção, o carinho, a supervisão nos tempos de residência, o modelo metodológico e a disponibilidade da orientação, mesmo que à distância ou em momentos tão complexos.

Agradeço ainda a todos os professores que, de forma muito próxima e marcante, acompanharam a minha formação, seja na graduação, na residência ou

durante o mestrado, especialmente, **Alessandra Castro Alves, Maria Cristina Cangussu e Ana Luiza Villasbôas**. Aprendi muito com cada uma de vocês.

Aos meus colegas de mestrado (**Alan, Conceição, Cristiana, Eugênio, Jorge, Luciana, Marcelo, Robert, Robson e Sérgio**), hoje meus amigos. De certo sentirei saudades das aulas, do estresse, das reuniões e dos nossos encontros, mas principalmente, sentirei saudades da convivência quase diária com vocês.

A **Efigênia**, pela compreensão nas minhas ausências, pela oportunidade, pelo carinho e pela confiança. Aos meus colegas da SESAB (**Olga, Kinha, Sara, Ray, Rosivan, Elen e Maristela**), sempre compreensivos. A **Mariângela**, a amizade gratuita e sincera, e o apoio, quando eu mais precisava. A **Ana de Fátima e Jaqueline**, amigas da Área Técnica de Saúde Bucal da SESAB, o companheirismo, a cooperação e a disponibilização da base de dados e de material bibliográfico. Sem cada um de vocês, eu não teria conseguido.

A **Sandro** a grande amizade e a contribuição na reta final deste trabalho.

Resumo

Este estudo descritivo analisou a atenção à saúde bucal em 11 municípios da Bahia, a partir do processo de descentralização, da oferta de serviços e da experiência de cárie dentária na população de 15 a 19 anos. A análise foi realizada por agregados, utilizando dados secundários. Para cada um dos municípios foram delineados o perfil sócio demográfico, a caracterização do sistema municipal de saúde, a oferta de serviços odontológicos, a partir do SIA-SUS, e a prevalência e severidade da cárie dentária, obtidas a partir do banco de dados do levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira, concluído pelo Ministério da Saúde no ano de 2003. Foi possível verificar que a descentralização das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS não tem correspondido ao aumento da cobertura de 1ª consulta odontológica, mas, tem contribuído para a expansão da oferta de serviços ambulatoriais e coletivos em saúde bucal. Apesar da redução da participação percentual dos procedimentos cirúrgicos na produção ambulatorial, estes ainda prevalecem como principal tipo de serviço ofertado em municípios de pequeno porte, onde também encontra-se a pior qualidade no registro das informações no SIA-SUS. Para todos os municípios, o registro de Procedimentos Coletivos é o que apresenta maiores problemas. Contudo, há que se considerar as limitações da base de dados utilizada. Além da capacitação dos profissionais para manejo adequado dos sistemas de informação, faz-se necessária a sensibilização acerca da importância dos sistemas de informação em saúde, sua contribuição para uma análise mais integrada da situação de saúde bucal e para tomada de decisões.

Descritores: descentralização, sistemas locais de saúde, saúde bucal, sistema de informação, cárie dentária.

Abstract

This ecological study assessed oral health attention in 11 Brazilian municipalities of Bahia State using data on the process of decentralization of health services, the oral health attendances and the prevalence and severity of caries (DMFT of 15 to 19-year-old individuals). Official data relating to dental services of municipalities were gathered through the Outpatient Information System (SIA-SUS). Data on dental caries to 2003 was provided by the National Health Department. An increase of outpatient attendances was observed, as well as oral health community actions (OHCA), although dental appointments did not increase in the process of decentralization of health services. A reduction of surgery procedures participation on total clinical procedures is observed, but this kind of procedures still predominated in small counties, where the registration of individual clinical procedures was also worse. All municipalities had a bad registration of OHCA, showing the need of register standardization. This methodology permitted the proposed assessment, even in the presence of SIA-SUS register difficulties, and could be useful for the evaluation of health care programs.

Descriptors: *decentralization, local health systems, oral health, information system, dental caries*

Lista de Ilustrações

QUADRO 1 – Condição de habilitação dos onze municípios à NOB/SUS 01/96 e NOAS até dezembro de 2003.	68
--	----

Lista de tabelas

- TABELA 1 – População residente dos municípios de Buerarema, Campo Formoso, Elísio Medrado, Eunápolis, Firmino Alves, Inhambupe, Lajedo do Tabocal, Muquém de S. Francisco, Salvador, Serrinha e Tucano, Bahia, 1999 a 2003.66
- TABELA 2 – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), percentual de pessoas que vivem em domicílios com água encanada, nos anos de 1991 e 2000, e fluoretação das águas de abastecimento público em 2002 nos municípios de Buerarema, Campo Formoso, Elísio Medrado, Eunápolis, Firmino Alves, Inhambupe, Lajedo do Tabocal, Muquém de S. Francisco, Salvador, Serrinha e Tucano, Bahia.67
- TABELA 3 – Evolução da proporção da população coberta pelo Programa de Saúde da Família, nos municípios de Buerarema, Campo Formoso, Elísio Medrado, Eunápolis, Firmino Alves, Inhambupe, Lajedo do Tabocal, Muquém de S. Francisco, Salvador, Serrinha e Tucano, Bahia, 1999 a 2003.69
- TABELA 4 – Evolução do número de equipes de saúde da família (ESF), de equipes de saúde bucal (ESB) e relação ESB/ESF nos municípios de Buerarema, Campo Formoso, Elísio Medrado, Eunápolis, Firmino Alves, Inhambupe, Lajedo do Tabocal, Muquém de S. Francisco, Salvador, Serrinha e Tucano, Bahia, 1999 a 2003.70
- TABELA 5 – Evolução da cobertura de 1ª consulta odontológica por habitante/ ano, nos municípios de Buerarema, Campo Formoso, Elísio Medrado, Eunápolis, Firmino Alves, Inhambupe, Lajedo do Tabocal, Muquém de S. Francisco, Salvador, Serrinha e Tucano, Bahia, 1999 a 2003.71
- TABELA 6 – Evolução da concentração de procedimentos coletivos por habitante/ ano, para a população de 0 a 14 anos, nos municípios de Buerarema, Campo Formoso, Elísio Medrado, Eunápolis, Firmino Alves, Inhambupe, Lajedo do Tabocal, Muquém de S. Francisco, Salvador, Serrinha e Tucano, Bahia, 1999 a 2003.72
- TABELA 7 – Evolução da oferta de procedimentos ambulatoriais por habitante/ ano, segundo SIA-SUS, nos municípios de Buerarema, Campo Formoso, Elísio Medrado, Eunápolis, Firmino Alves, Inhambupe, Lajedo do Tabocal, Muquém de S. Francisco, Salvador, Serrinha e Tucano, Bahia, 1999 a 2003.74
- TABELA 8 – Oferta de procedimentos ambulatoriais e distribuição percentual segundo tipo de procedimento (preventivo, restaurador, cirúrgico e periodontal), nos municípios de Buerarema, Campo Formoso, Elísio Medrado, Eunápolis, Firmino Alves, Inhambupe, Lajedo do Tabocal,

Muquém de S. Francisco, Salvador, Serrinha e Tucano, Bahia, 1999 a 2003.....75

TABELA 9 – Evolução da razão restauração/ exodontia, nos municípios de Buerarema, Campo Formoso, Elísio Medrado, Eunápolis, Firmino Alves, Inhambupe, Lajedo do Tabocal, Muquém de S. Francisco, Salvador, Serrinha e Tucano, Bahia, 1999 a 2003.....76

TABELA 10 – Índice de dentes cariados perdidos e obturados (CPO-D) na população de 15 a 19 anos de idade: média, intervalo de confiança, composição percentual e prevalência de cárie (CPO-D > 0), para os municípios de Buerarema, Campo Formoso, Elísio Medrado, Eunápolis, Firmino Alves, Inhambupe, Lajedo do Tabocal, Muquém de São Francisco, Salvador, Serrinha e Tucano, Bahia, 2003.....77

TABELA 11 – Proporção de dentes atacados com relação ao total de dentes examinados para os municípios de Buerarema, Campo Formoso, Elísio Medrado, Eunápolis, Firmino Alves, Inhambupe, Lajedo do Tabocal, Muquém de São Francisco, Salvador, Serrinha e Tucano, Bahia, 2003.78

TABELA 12 – Porte populacional, fluoretação da água de abastecimento público, percentual de pessoas que vivem em domicílios com água encanada, índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M), índice CPO-D e prevalência de cárie nos municípios de Buerarema, Campo Formoso, Elísio Medrado, Eunápolis, Firmino Alves, Inhambupe, Lajedo do Tabocal, Muquém de São Francisco, Salvador, Serrinha e Tucano, Bahia.....78

Lista de abreviaturas e siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIECOF	Comitê Interinstitucional de Estímulo e Controle da Fluoretação da Água de Abastecimento Público
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
CONASP	Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPO-D	Índice de dentes cariados, perdidos e obturados
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FDI	Federação Dentária Internacional
FSESP	Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública
GM	Gabinete do Ministro
GPAB	Gestão Plena da Atenção Básica
GPABA	Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LOS	Leis Orgânicas da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPI	Programação Pactuada Integrada
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESI	Serviço Social da Indústria
SESP	Serviços Especiais de Saúde Pública
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SIPACS	Sistema de Informações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SNFO	Serviço Nacional de Fiscalização da Odontologia
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	19
2.1 A DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL.....	20
2.1.1 <i>Contexto histórico</i>	20
2.1.2 <i>O processo de descentralização nos anos 90</i>	25
2.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL	33
2.3 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.....	41
2.4 EXPERIÊNCIA DE CÁRIE NA POPULAÇÃO DE 15 A 19 ANOS DE IDADE ...	45
3 JUSTIFICATIVA.....	51
4 OBJETIVOS.....	53
4.1 OBJETIVO GERAL	53
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	53
5 METODOLOGIA	54
5.1 DESENHO DO ESTUDO	54
5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	54
5.3 FONTES DE DADOS	56
5.3.1 <i>Perfil sócio demográfico dos municípios</i>	56
5.3.2 <i>Caracterização dos sistemas municipais de saúde</i>	57
5.3.3 <i>Oferta de serviços odontológicos</i>	58
5.3.4 <i>Cárie dentária na população de 15 a 19 anos</i>	62
5.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	62
6 RESULTADOS.....	64
6.1 PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS MUNICÍPIOS	64
6.2 CARACTERIZAÇÃO DOS SISTEMAS MUNICIPAIS DE SAÚDE.....	66
6.3 OFERTA DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS.....	69
6.3.1 <i>Primeira consulta odontológica</i>	69
6.3.2 <i>Procedimentos coletivos</i>	70
6.3.3 <i>Procedimentos ambulatoriais</i>	71
6.4 CÁRIE DENTÁRIA NA POPULAÇÃO DE 15 A 19 ANOS DE IDADE	74
7 DISCUSSÃO	77
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	90
9 REFERÊNCIAS.....	92
APÊNDICE A – RELAÇÃO DE CÓDIGOS DO SIA-SUS CONSIDERADOS PARA CADA CATEGORIA DE PROCEDIMENTO ODONTOLÓGICO	101
APÊNDICE B – QUADRO SÍNTESE.....	103
ANEXO A – SB BRASIL – MANUAL DO EXAMINADOR – CÓDIGOS E CRITÉRIOS ESTABELECIDOS PARA CÁRIE DENTÁRIA.....	105

1 INTRODUÇÃO

Os ideais da Reforma Sanitária Brasileira foram consolidados com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde (LOS), conformando o arcabouço legal do Sistema Único de Saúde (SUS). Tendo como diretrizes a universalidade do acesso, a equidade, a integralidade da atenção, a descentralização das ações e serviços, a regionalização e a hierarquização da rede assistencial e a participação popular na formulação e acompanhamento das políticas públicas, o SUS ainda é um sistema em construção. Dentre os entraves para a sua consolidação, destaca-se o empenho em aproximar o processo decisório do poder local, através da indução da descentralização, a partir da publicação de normas operacionais. A normatização necessária à implementação do SUS foi elaborada, principalmente, durante a década de 90, de forma gradual, explicitando o papel dos diferentes níveis de governo.

O modelo de atenção à saúde bucal na esfera pública tem se caracterizado por sua ineficácia na mudança do quadro epidemiológico. A atenção odontológica pública no Brasil tem se preocupado quase que exclusivamente com a população de escolares e com o atendimento da demanda espontânea, representada principalmente pelos atendimentos de urgência, com ênfase na atenção cirúrgico-restauradora. Nesse contexto, surge o desafio de reorganizar os sistemas municipais de saúde à luz dos princípios do SUS, frente à escassez de recursos e ao descaso acumulado em relação à saúde bucal.

A descentralização político administrativa tem estimulado a autonomia local, possibilitando a tomada de decisões e o estabelecimento de prioridades a partir dos problemas de saúde identificados, contribuindo para uma oferta de serviços mais

adequada às necessidades de seus municípios. Este processo de descentralização, em 2002, se estendeu a mais de 99% dos municípios e vem contribuindo para a implementação de um conjunto de ações básicas de saúde, entre as quais as de atenção à saúde bucal, favorecendo a ampliação da rede pública de atenção à saúde, ainda que o ideal da atenção universal esteja longe de ser atingido. Desta forma, torna-se fundamental conhecer a realidade da atenção à saúde bucal (oferta de serviços e condições de saúde) nos municípios a fim de subsidiar a tomada de decisões.

Nesse contexto, os sistemas de informação de saúde representam importante fonte de dados para o acompanhamento e avaliação das ações e serviços ofertados, constituindo-se importante ferramenta para o planejamento e gestão do sistema municipal de saúde, assim como para o controle social.

Considerando estes elementos e a concretização do “Projeto SB Brasil: condições de saúde bucal da população brasileira”, levantamento epidemiológico em saúde bucal, de base nacional, coordenado pelo Ministério da Saúde, no Estado da Bahia, no segundo semestre de 2003, este estudo pretende caracterizar a atenção à saúde bucal em municípios selecionados do Estado, a partir do processo de descentralização, da oferta de serviços e da experiência de cárie dentária na população de 15 a 19 anos de idade.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Na tentativa de contextualizar historicamente a descentralização da saúde e a evolução das políticas de saúde bucal no País, e embasar a discussão dos achados, a revisão da literatura foi estruturada em quatro tópicos. O primeiro apresenta a evolução do processo de descentralização dos serviços de saúde no Brasil, desde as primeiras iniciativas até o momento mais recente, representado pela publicação de sucessivas normas operacionais. O tópico seguinte discorre sobre as políticas de saúde bucal no setor público, limitando-se a apresentação à condução da política nacional pelo governo federal. O terceiro revisa os sistemas de informação relacionados com a atenção à saúde bucal, destacando quais os sistemas informados pelo profissional, que tipo de informações estão disponíveis, seus limites e possibilidades. Por fim, o quarto e último tópico apresenta a experiência de cárie na população de 15 a 19 anos de idade, com ênfase nos levantamentos de base nacional.

2.1 A DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

2.1.1 Contexto histórico

Os princípios do Sistema Único de Saúde, postos na Constituição Federal de 1988 e detalhados nas Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90), foram resultado de um longo processo histórico social que buscava interferir nas condições de saúde e na assistência prestada à população brasileira.

Durante grande parte do século passado, o direito à saúde só era garantido aos beneficiários da previdência social e privilegiava a assistência médica curativa e os produtores privados de serviços de saúde (MENDES, 1999; SILVA, 2001). A assistência médica não era considerada um “direito universal”, sendo operada através de segmentos profissionais, construindo uma “cidadania regulada” (SANTOS, 1994 apud COSTA, 2002), através da qual apenas os trabalhadores vinculados ao mercado formal de trabalho faziam jus a um rol de direitos (COSTA, 2002).

Desta forma, o desenvolvimento da rede de saúde concentrou-se principalmente nos grandes centros urbanos, onde havia maior volume de trabalhadores formais, gerando desigualdades no acesso da população, acentuadamente nos locais com piores indicadores de saúde. Ao setor público competia apenas a realização de serviços tradicionais, como vigilância sanitária, controle de endemias, vacinação, puericultura, atendimento pré-natal e assistência a portadores de distúrbios mentais, hanseníase e tuberculose (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004).

Alguns autores atribuem à 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1963, a primazia na tentativa de descentralização da saúde no Brasil. Contudo, não existe consenso sobre o real significado histórico dessa conferência para o processo de descentralização da saúde no País. No entanto, é neste momento que pela primeira vez se inclui na agenda pública uma proposta de criação de uma rede municipal de serviços de saúde (PAIM, 2002; SILVA, 2001).

Entre a realização da 3ª CNS e a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976, algumas experiências de organização de serviços locais aconteceram no País, seguidas de projetos-pilotos ligados a departamentos de medicina preventiva, social e comunitária de universidades. Com o PIASS, um programa de medicina simplificada com finalidade de expandir a rede ambulatorial pública, iniciado no Nordeste e expandido mais tarde para todo o País, o governo federal passa a participar do processo de descentralização, já em pauta em encontros de secretários municipais de saúde (MENDES, 1999; PAIM, 2002; SILVA, 2001).

Na década de 80, outras iniciativas também contribuíram para o processo de descentralização, a exemplo do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREV-SAÚDE, que tinha como objetivo a universalização dos cuidados primários de saúde em todo o território nacional, através da extensão máxima da cobertura. O PREV-SAÚDE não chegou a se concretizar, mas teve algumas propostas incorporadas ao “Plano de Reorientação da Assistência no Âmbito da Previdência”, por iniciativa do Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária – CONASP (MENDES 1999; PAIM 2002; SILVA 2001).

O que marcou o Plano do CONASP foram suas medidas racionalizadoras, como a criação das autorizações de internações hospitalares – AIH, e o

planejamento por demanda/oferta de serviços a partir da portaria GM/MS nº 3.046/82. Mas, uma das iniciativas do Plano do CONASP permitiu que pela primeira vez a descentralização da saúde passasse a incorporar a política oficial, propiciando alguma transferência de poder aos governos estaduais, através de convênios trilaterais entre Ministério da Saúde - MS, Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS e Secretarias Estaduais de Saúde – SES (SILVA, 2001).

Em 1984, a criação do Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), representou um reforço à descentralização. Neste momento foram instituídas as “comissões interinstitucionais de saúde”, nas instâncias federal, estadual, regional, municipal e local, posteriormente, substituídas pelos conselhos de saúde (MENDES, 1999; PAIM, 2002; SILVA, 2001). No contexto das AIS, muitas administrações municipais, assim como algumas administrações estaduais (com destaque para São Paulo e Paraná) promoveram avanços no processo de descentralização da saúde. As experiências municipais bem sucedidas se multiplicaram, transformando-se em reforço considerável para o processo de municipalização. Com o fim do período autoritário e o advento da Nova República, houve uma expansão ainda maior das AIS e fortalecimento dos sistemas estaduais e municipais de saúde (SILVA, 2001).

Em 1986, a 8ª CNS consolidou as propostas da Reforma Sanitária Brasileira e as doutrinas do Sistema Único de Saúde (SUS) (sistema de saúde universal, igualitário, participativo, descentralizado e integral) (BRASIL, 1987; BARATA; TANAKA; MENDES, 2004). **A descentralização apresenta-se como resposta à estrutura da assistência à saúde, extremamente concentradora e autoritária, buscando a participação de todos os interessados na formulação da política e na implantação de serviços e ações de saúde, adaptando-os às diferentes realidades regionais e locais (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004).**

Em 1987, como estratégia preparatória para o SUS, um decreto presidencial cria o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). O SUDS proporcionou a desconcentração de recursos, a delegação de responsabilidades administrativas, além da descentralização de parte do processo decisório, possibilitando às secretarias estaduais de saúde alguma interferência na formulação de políticas de saúde (SILVA, 2001). Ainda possibilitou o desencadeamento de mais dois processos no sentido de descentralização das ações e serviços de saúde: a municipalização e a distritalização (PAIM, 2002).

Com o advento do SUDS, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), autarquia vinculada ao MPAS e criada no final dos anos 70 para gerir a assistência médica previdenciária, fecha seus escritórios regionais, com transferência de suas atribuições às SES (COSTA, 2002) e torna-se controlador e co-financiador do sistema de saúde (SILVA, 2001). Isso possibilitou a redução da ineficiência, ampliando a resolubilidade, universalidade, regionalização, hierarquização e integralidade das ações de saúde (SILVA, 2001).

A implantação do SUDS foi marcada por diversos momentos de turbulência político-institucional, nos quais os que tinham seus interesses contrariados passaram a articular-se para preservá-los. No campo ideológico, os setores mais conservadores e os militantes da reforma sanitária também travavam uma importante batalha. No final de 1987, um grupo político conservador tentou barrar a implementação do SUDS, com o argumento de que a descentralização de recursos favoreceria politicamente os governos estaduais de oposição. Essas articulações não conseguiram interromper o processo de descentralização, mas dificultaram o seu avanço nesse período (SILVA, 2001).

A delegação de responsabilidades aos estados não impedia a relação clientelista com os municípios (MENDES, 1999; SILVA, 2001). Entre 1987 e 1989 os gastos estaduais em saúde caíram drasticamente, sendo transferidos para outros setores do governo. Em 1988, em seu conjunto, os estados chegaram a utilizar recursos federais destinados a saúde para outros fins (VIANNA et al., 1994 apud SILVA, 2001). Essa “estadualização da saúde” foi nitidamente incompleta: a autonomia que os estados passaram a ter ainda era bastante limitada, sendo os limites e critérios para os gastos estabelecidos pelo governo federal. Assim, apesar do potencial da municipalização em representar um processo de transformação, envolvendo a redistribuição do poder, a redefinição de papéis dos três níveis de gestão, a reorganização institucional, a reformulação das práticas, novas relações entre as três esferas de governo e o controle social (PAIM, 2002), até este momento, “o processo de descentralização da saúde significou, no máximo, uma desconcentração de serviços do governo federal para os governos estaduais e municipais” (SILVA, 2001).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a publicação das LOS, buscando a consolidação do SUS, a política federal nos anos 90 se concentrou na indução da criação de condições para reconstruir responsabilidades gerenciais regionais ou locais, através da publicação de normas operacionais (portarias ministeriais) no sentido de definir objetivos e diretrizes para o processo de descentralização da política de saúde, bem como contribuir para a normatização e operacionalização das relações entre as esferas de governo, não previstas na Constituição Federal e nas Leis da Saúde (VIANA; HEIMANN; LIMA, 2002).

Assim, a descentralização na área da saúde pode ser dividida em três fases: a primeira, marcada pela implantação das AIS; a fase seguinte, representada pela

criação do SUDS; e a terceira, apresentada a seguir, definida nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal, pelas LOS e pela edição das normas operacionais a partir do início da década de 90 (COSTA, 2002).

2.1.2 O processo de descentralização nos anos 90

Em 1987, o Banco Mundial, apontava políticas básicas para a reforma dos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento. Essas recomendações faziam parte de uma agenda mais ampla de políticas de ajuste econômico proposta pelas agências multilaterais aos países da América Latina. As sugestões na área da saúde compreendiam: a cobrança aos usuários dos serviços públicos; o estímulo à utilização de planos privados, cabendo à seguridade social exclusivamente o atendimento aos menos favorecidos; a utilização mais eficiente de recursos governamentais (fim da corrupção, do desperdício, da má gestão dos recursos); e a descentralização dos serviços (POSSAS, 1995 apud COSTA, 2002).

A descentralização é a única diretriz organizativa do SUS que não colide com as idéias neoliberais, tendência hegemônica de reforma dos Estados, recomendada pelo Banco Mundial, embora fundada em bases político-ideológicas diferentes – no âmbito do SUS a descentralização está colocada como um ideal de democratização, enquanto na proposta neoliberal trata-se da redução do tamanho do Estado (LEVCOVITZ, LIMA, MACHADO, 2001). De todo modo, a aparente convergência de interesses e orientações entre as instituições estrangeiras, os órgãos governamentais e o movimento sanitário favoreceu o avanço da descentralização no País (COSTA, 2002; LEVCOVITZ, LIMA, MACHADO, 2001).

Através das normas operacionais, instrumentos de caráter transitório e dinâmico que têm permitido a atualização das regras em diferentes estágios de implementação do SUS, na última década do século XX e início do século XXI, foram reformulados os papéis e funções dos entes governamentais na oferta de serviços, na gerência de unidades e na gestão do sistema de saúde (VIANA; HEIMANN; LIMA, 2002).

As formas de transferência de recursos entre as instâncias municipal, estadual e federal; as modalidades de pagamento dos serviços de saúde; a instrução do processo de descentralização e de construção de uma rede de serviços capaz de operar com racionalidade sistêmica; os tipos de assistência (básica, média e alta complexidade) e a definição do modelo de atenção, que articula ações de promoção, prevenção, cura e recuperação apresentam evolução a cada nova edição (NOB SUS 01/91, NOB SUS 01/93, NOB SUS 01/96, NOAS 01/01, NOAS 01/02), possibilitando resolver as contradições criadas pela norma anterior, numa tentativa de adequar o processo de descentralização à racionalidade do sistema (CARVALHO, 2001; LEVCOVITZ, LIMA, MACHADO, 2001; VIANA; HEIMANN; LIMA, 2002).

A NOB SUS 01/91 foi editada por três vezes e esteve vigente entre janeiro de 1991 e novembro de 1994 (CARVALHO, 2001). O repasse de recursos se dava através de mecanismo convencional (o que foi, inclusive, objeto de ação judicial), condicionado à produção, apresentada através dos sistemas de informações e faturamento de informações ambulatoriais – SIA-SUS e informações hospitalares – SIH-SUS (CARVALHO, 2001; LEVCOVITZ, LIMA, MACHADO, 2001). Esta lógica de repasse financeiro favorecia a relação direta entre união e municípios, representando para os estados a perda da função articuladora e negociadora. O principal avanço proporcionado por esta NOB foi a ampliação do envolvimento

municipal na construção do novo sistema de saúde (LEVCOVITZ, LIMA, MACHADO, 2001).

Até o final de 1993, 1.074 municípios haviam assinado o convênio, aderindo a esta NOB ou à sua substituta (NOB SUS 01/92).

A NOB SUS 01/93 tornou a descentralização atrativa para os estados e municípios (BODSTEIN, 2002), a partir do reconhecimento da necessidade de uma estratégia de transição para um modelo de descentralização plena do sistema de saúde, cria níveis transicionais crescentes e coexistentes de gestão municipal (incipiente, parcial e semiplena) e estadual (parcial e semiplena). Sua principal inovação foi a implementação de fato dos mecanismos de transferência fundo a fundo aos municípios em condição de gestão semiplena. Contudo, mesmo na vigência deste tipo de transferência, a lógica do pós-pagamento foi mantida, visto que os valores respeitavam o apresentado nos sistemas de informações ambulatoriais (SIA-SUS) e hospitalares (SIH-SUS), considerando a série histórica de gastos (LEVCOVITZ, LIMA, MACHADO, 2001).

A descentralização caminhou a passos lentos sob a regulamentação da NOB SUS 01/93. Até o final de 1997, 57% dos municípios estavam enquadrados na gestão incipiente ou parcial e apenas 2% na condição semiplena, recebendo recursos de forma direta, fundo a fundo (BODSTEIN, 2002).

Percebe-se, na questão do financiamento federal, um aperfeiçoamento dos critérios a cada norma editada; e, com a NOB SUS 01/96, houve a criação de novos incentivos para privilegiar a atenção básica e estimular a conversão do modelo (VIANA; HEIMANN; LIMA, 2002). A partir desta NOB é criado o Piso da Atenção Básica (PAB) para o financiamento *per capita* das ações de implementação da atenção primária desenvolvidas pelos municípios, bem como incentivos específicos

para áreas estratégicas do sistema (Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, Programa de Saúde da Família – PSF, Projeto de Carências Nutricionais, Assistência Farmacêutica Básica, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária), além de algumas ações de alta complexidade, através do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, aumentando a transferência fundo a fundo (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004; LEVCOVITZ, LIMA, MACHADO, 2001). Além de promover esta ampliação na transferência regular e automática, esta NOB tinha ainda os objetivos de promover e consolidar o pleno exercício da função de gestor da atenção à saúde pelo poder municipal, redefinindo as responsabilidades dos Estados, Distrito Federal e União, através das Programações Pactuadas e Integradas (PPI); reorganizar o modelo assistencial, através do PACS e do PSF; fortalecer a gestão do SUS, instituindo as Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e Tripartite (CIT); e estabelecer vínculo entre o SUS e a comunidade (LEVCOVITZ, LIMA, MACHADO, 2001).

A NOB SUS 01/96 apresentava duas condições de gestão para estados (avançada do sistema estadual e plena do sistema estadual) e municípios (plena da atenção básica e plena do sistema municipal). Sua implementação efetiva ocorreu em 1998, após a publicação em 1997, pelo Ministério da Saúde, de uma série de portarias, alterando o seu conteúdo original significativamente (CARVALHO, 2001; LEVCOVITZ, LIMA, MACHADO, 2001).

Em dezembro de 2000, oito estados e 5.451 (99%) dos 5.506 municípios brasileiros já recebiam transferência fundo a fundo (BRASIL, 2001b).

Alguns problemas decorrentes do processo de municipalização em diferentes regiões do País são apontados por Mendes (2001), como a expansão da atenção médica sem qualquer articulação regional, gerando desperdício de recursos

públicos. O que de fato ocorreu foi um avanço da descentralização sem dimensionamento adequado da regionalização e hierarquização da rede de serviços do SUS, tornando-se este o principal objeto da Norma Operacional da Assistência à Saúde, a NOAS SUS 2001, republicada em 2002.

As grandes diferenças de desenvolvimento econômico e social entre municípios e regiões do País exigem, além da descentralização da gestão da saúde, medidas que implementem os serviços nas áreas menos privilegiadas, considerando as necessidades epidemiológicas regionais como parâmetros na reorganização dos serviços, ao contrário da simples oferta de serviços, que tem orientado historicamente o estabelecimento da rede de assistência à saúde (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004, p. 23). As NOAS SUS 2001 e 2002 propõem a organização de sistemas funcionais de saúde, através do processo de regionalização, ampliando a responsabilidade das SES na gestão do SUS, no sentido de que assumissem o papel de coordenadoras do processo. As principais modificações propostas por estas normas são:

- Elaboração de um Plano Diretor de Regionalização (PDR), utilizando conceitos de regiões e microrregiões de saúde, módulos assistenciais, município sede de módulo e município pólo;
- Instituição da Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – GPABA; e
- Elaboração de um Plano Diretor de Investimentos (BRASIL, 2002a; SILVA, 2001; VIANA; HEIMANN; LIMA, 2002; BARATA; TANAKA; MENDES, 2004).

Apesar de a descentralização da atenção à saúde, no Brasil, ter sido induzida, de forma estratégica, pelo Ministério da Saúde, através destas normas operacionais, é indiscutível o avanço na formatação do SUS na década de 90 (NORONHA; SOARES, 2001). De modo lento, gradual e negociado, a esfera municipal vem se

tornando a principal responsável pela gestão da saúde no País (BODSTEIN, 2002). E neste processo, verifica-se um ganho sistêmico, representado pela expansão da oferta, produção e cobertura de serviços nos diferentes níveis de atenção à saúde, sendo as melhores condições de oferta associadas ao alto aprendizado institucional (habilitação na gestão mais avançada da NOB SUS 01/93 antes da plena pela NOB SUS 01/96), maior autonomia gerencial, maior receita orçamentária, maior capacidade de gasto com pessoal, ou seja, máquinas administrativas mais robustas (VIANA; HEIMANN; LIMA, 2002). Contudo, alguns autores questionam a legitimidade da regulamentação do sistema através de normas que em alguns aspectos colidem com as diretrizes da Constituição Federal e das LOS (CARVALHO, 2001; COSTA, 2002; COSTA ; PINTO, 2002; LEVCOVITZ, MACHADO E LIMA, 2001; NORONHA; SOARES, 2001).

Levcovitz, Lima e Machado (2001) e Barata; Tanaka, Mendes (2004) destacam que a conquista dos princípios de universalidade, integralidade e equidade não dependem apenas da descentralização e da municipalização, sendo relevantes também aspectos relacionados ao adequado aporte de recursos financeiros, o fortalecimento da capacidade de gestão nos três níveis de governo, a permeabilidade das instituições do setor saúde aos valores democráticos e a integração de esforços no sentido de construir uma rede regionalizada e hierarquizada em cada local que atenda às questões de saúde relevantes do ponto de vista epidemiológico.

A partir de 23 de setembro de 2004, com a publicação da portaria GM/MS nº 2.023, cessa o processo de habilitação às condições de gestão da NOB SUS 01/96 e Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – GPABA, conforme NOAS SUS 2002. Todos os municípios e o Distrito Federal passam a ser responsáveis pela gestão do

sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações da atenção básica. Neste momento, apenas os Estados do Acre, do Amapá, do Maranhão, de Minas Gerais e de São Paulo ainda possuíam municípios não habilitados à gestão da atenção básica (BRASIL, 2004d).

No Brasil, a atenção primária à saúde vem sendo denominada pelo MS de atenção básica. Atualmente, busca-se a criação de uma identidade institucional em torno deste nível da atenção com o propósito de estabelecer prioridade política de expansão e qualificação da mesma sob a lógica de descentralização do SUS. A atenção básica representa, então, o primeiro nível de atenção à saúde, configurando-se como porta de entrada do sistema de saúde, e compreende a articulação de ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos (BRASIL, 2003e), sendo definidas sete áreas estratégicas mínimas de responsabilidade da atenção básica: Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde Bucal, Controle da Tuberculose, Eliminação da Hanseníase, Controle da Hipertensão Arterial e Controle da Diabetes Melittus (BRASIL, 2002a).

A repercussão da saúde bucal sobre a manutenção/reprodução do conjunto da força de trabalho tem se mostrado insuficiente para gerar ações significativas sobre o poder público. Desta forma, a inclusão da Saúde Bucal na Atenção Básica, apesar das instruções normativas, tem sido dificultada pelo alto custo da implantação e manutenção dos serviços e pela escassez de incentivos financeiros específicos.

Cerca de 80% da população tem o setor público como única possibilidade de acesso a cuidados odontológicos, mas menos de 20% dos serviços de atenção à saúde bucal produzidos no País são financiados por este setor. Àqueles cujos altos custos inviabilizam o acesso ao serviço odontológico, a saúde bucal parece incapaz

de, isoladamente, motivar a mobilização de pessoas e se tornar objeto de reivindicação expressiva (NARVAI, 1994).

Dessa forma, é importante descrever a evolução da condução da política nacional de saúde bucal, desde a sua inclusão no setor público até os dias atuais, evidenciando suas características, os principais avanços e contribuições para a prática e a saúde da população.

2.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

No Brasil, a prática odontológica se consolidou tendo como base a ideologia neoliberal e mercantilista, privilegiando a assistência individual e reparadora desenvolvida prioritariamente pelo setor privado, em detrimento das ações preventivas e de alcance coletivo. No setor público, prevaleceu a prática restrita a grupos prioritários e o atendimento à livre demanda, caracterizado pela oferta quase exclusiva de procedimentos cirúrgicos (VIANNA, 1988).

Frente a essa semelhança entre a prática adotada nos setores público e privado, a assistência odontológica tem contribuído muito pouco para a melhoria das condições de saúde bucal das populações (RONCALLI et al., 1999). Em países industrializados, onde há maior acesso e qualidade da atenção, foi verificada uma contribuição de apenas 3% dos serviços odontológicos na redução da cárie aos 12 anos de idade (NADANOVSKY E SHEIHAM, 1995), sendo necessário refletir sobre a atenção à saúde bucal praticada.

A incorporação da saúde bucal no setor público reproduz a dicotomia observada entre a assistência individual prestada pelo INAMPS àqueles vinculados ao mercado formal de trabalho, e a medicina simplificada e ações de saúde pública para as populações não integradas à Previdência Social, de responsabilidade do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (MENDES, 1999).

No INAMPS, a atenção odontológica priorizava o atendimento de urgência e o tratamento cirúrgico-restaurador, apresentando profunda dependência com relação à rede privada de prestação de serviços odontológicos (credenciados e conveniados). Evidenciava uma absoluta indefinição das diretrizes políticas para atenção

odontológica, baixa cobertura e escassa utilização de métodos preventivos, inadequabilidade e má distribuição de recursos materiais e humanos e ênfase à livre demanda (VIANNA, 1988).

No âmbito do Ministério da Saúde, o início da institucionalização da odontologia ocorre durante a década de 50, com a criação da seção específica dos Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP) em 1951, e do Serviço Nacional de Fiscalização da Odontologia (SNFO) em 1956 (VIANNA, 1988).

O SESP desenvolvia duas modalidades de ações de saúde bucal: a fluoretação das águas de abastecimento público e o atendimento odontológico na forma de sistema incremental, através de uma rede básica (VIANNA, 1988; ZANETTI, 1993), pautado na utilização de equipamentos de baixa densidade tecnológica e de pessoal auxiliar para cuidados ao grupo considerado epidemiologicamente mais vulnerável (crianças entre 6 e 12 anos de idade) (VIANNA, 1988).

O Sistema Incremental, hegemônico durante mais de 40 anos, já no início dos anos 70, mostrou-se pouco efetivo, na medida em que apresentava grande seletividade programática (escolares da rede pública, de 6 a 12 anos, da zona urbana), imprimindo grande restrição de acesso aos serviços e, mesmo para a população alvo, atendia apenas à parte das necessidades cirúrgico-restauradoras e não trabalhava com efetividade em prevenção para reduzir o incremento da cárie (VIANNA, 1988; ZANETTI, 1993; ZANETTI e LIMA 1996).

A fluoretação das águas de abastecimento público no Brasil também teve alcance limitado, correspondendo a uma cobertura de apenas 4,6% da população brasileira até 1972 (VIANNA, 1988). Com a recomendação da fluoretação das águas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan Americana de

Saúde (OPAS), em 1974 foi publicada a Lei 6.050, que dispunha sobre a fluoretação da água em sistemas públicos de abastecimento. A fluoretação das águas ganhou nova ênfase e a Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) traçou o objetivo de aumentar em 10 vezes a cobertura de água fluoretada, alcançando 50% da população brasileira, contudo, o baixo desempenho alcançado dificultou a manutenção do financiamento (VIANNA, 1988).

Em 1976, a FSESP promoveu algumas mudanças, incluindo o adulto na clientela atendida. Todavia, a proposta de atendimento a este grupo não poderia exceder os 30% do tempo disponível e 1/3 seria destinado a gestantes e mães.

Em síntese, entre as décadas de 50 e 80, a assistência odontológica pública era caracterizada por um modelo predominante de atendimento a escolares. Para o restante da população, a assistência se dava de forma pulverizada entre as diversas instituições (ZANETTI 1993, ZANETTI e LIMA 1996).

Na década de 90, não se percebia um sistema hegemônico de saúde bucal no Brasil, como foi o modelo “sespiano”. Algumas tendências apresentadas neste período foram o sistema de inversão da atenção, estratégia adotada por uma empresa de consultoria de Belo Horizonte (MG), que se disseminou por muitos municípios; a atenção precoce em saúde bucal (odontologia para bebês), que atendia à necessidade de inclusão da população de 0 a 5 anos de idade, implicando, contudo, num risco de perpetuação de um modelo excludente, alternando apenas o foco da população de escolares para a de pré-escolares; e os modelos estruturados a partir do núcleo familiar, como PACS e PSF (RONCALLI et al., 1999).

Na oferta de serviços públicos, a ênfase ainda era concentrada nas atividades cirúrgico-restauradoras que caracterizam a prática privada, reproduzindo um modelo ineficaz e de baixo impacto, em detrimento das ações de promoção da saúde

(RONCALLI, 2000). No município de Salvador – Bahia, onde ainda se verificava o predomínio deste modelo cirúrgico-restaurador, com cobertura insuficiente para atender a demanda espontânea reprimida, as práticas de vigilância à saúde bucal ainda eram pontuais e periféricas, refletindo as dificuldades de implantação do SUS (CANGUSSU, 2003). O enfoque curativo predominante na prática odontológica constitui-se uma visão limitada e pouco econômica da realidade. Dentro da proposta do SUS, é primordial o desenvolvimento de uma abordagem de promoção da saúde, baseada no território, no diagnóstico de suas necessidades, identificação de possíveis estratégias, envolvimento intersetorial e interdisciplinar (CÓRDON, 1997).

O que deve ser buscado é a construção de um modelo de atenção à saúde bucal que contemple os princípios de universalidade do acesso, integralidade da atenção, hierarquização e regionalização do sistema de saúde, embutidos na proposta do Sistema Único de Saúde, promovendo um reordenamento da prática odontológica, com mudanças sensíveis na abordagem do processo saúde-doença (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Com o avanço da municipalização das ações de saúde, os modelos de atenção à saúde geral e de saúde bucal passaram a ter maior importância. Os princípios de universalidade da atenção, integralidade e descentralização das ações e controle social imputaram aos municípios o desafio de reorganizar os seus modelos assistenciais (BRASIL 1990a, BRASIL 1990b; RONCALLI et al. 1999), contribuindo para a expansão do PACS e do PSF, considerados estratégias de reorientação do modelo de atenção à saúde (BUENO e MERHY 1998 apud SILVA 2001, p. 81, BRASIL 1990a, BRASIL 1990b; RONCALLI et al. 1999).

No Programa de Saúde da Família, a equipe mínima é composta por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS)

(BRASIL, 1997), não incluindo a equipe de saúde bucal (ESB). O financiamento para implantação destas equipes foi instituído com a publicação da portaria GM/MS nº 1.444/00, com o objetivo de promover uma reorganização da atenção à saúde bucal e expandir o acesso a estes serviços no âmbito do SUS. De acordo com a portaria, a implantação das ESB acontece na relação de uma ESB para cada duas equipes de saúde da família (ESF) (BRASIL, 2000b). Uma vez que a cobertura populacional de cada ESF está entre 2400 a 4500 pessoas, cada ESB acompanharia, em média, 4800 a 9000 pessoas, ultrapassando a relação odontólogo/habitantes recomendada pela portaria GM/MS nº 1.101/02 (1/1.500 a 5.000 habitantes) (BRASIL, 2000; BRASIL 2001a). Esta relação apresentava-se insuficiente ao atendimento da demanda historicamente reprimida. A partir de 2003, reforçando o incentivo para reorganização da atenção à saúde bucal, através da Portaria GM/MS nº 673/03, o governo federal estabelece a possibilidade de incentivo financeiro para a implantação de uma ESB para cada ESF (BRASIL 2003b). Quando da discussão desta proposta, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) condicionou seu apoio à elaboração de uma Política Nacional de Saúde Bucal a ser pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (CONASS, 2004).

Apesar da proposta ser de reorganização, o que tem ocorrido, em alguns casos, é a expansão do serviço operada mediante atendimento de livre demanda, na distribuição de fichas de atendimento, sem considerar o perfil epidemiológico e sem a adoção de critérios de priorização. Desta forma, a prática profissional continua atrelada a uma demanda reprimida crescente de atendimento cirúrgico-restaurador, apresentando pouco resultado na melhoria das condições de saúde da comunidade (ZANETTI, 2002). A maior dificuldade na organização da assistência odontológica, aparentemente, tem se constituído no atendimento a grupos prioritários, sem

comprometer a universalidade da atenção, garantindo eficácia e resolubilidade do sistema (RONCALLI, 2000).

Num país de dimensões continentais, são encontradas diferentes realidades e formas de enfrentamento dos problemas de saúde bucal. Isto ratifica a importância da municipalização, do planejamento local, da pluralidade de concepções e do respeito aos processos decorrentes de diferentes histórias, culturas e formas de organização da coletividade (CÓRDON, 1997), fomentados pelas diretrizes do SUS.

O contexto político atual tem favorecido uma ampliação da discussão da saúde bucal no setor público. Pela primeira vez a saúde bucal constitui-se em prioridade de governo.

(...) o presidente Lula definiu prioridade para três temas. O primeiro deles é a qualidade do atendimento à população, o que significa buscar reduzir o sofrimento das pessoas, por exemplo, com a demora nas filas. O segundo tema é a garantia de acesso a medicamentos. **O terceiro, finalmente, é a saúde bucal** (COSTA, 2004¹, p. 14, grifo nosso).

A experiência das 1^a e 2^a Conferências Nacionais de Saúde Bucal (respectivamente, 1986 e 1993), associada a discussões com os coordenadores estaduais de saúde bucal e das proposições geradas nas últimas décadas em congressos e encontros de odontologia e saúde coletiva, a Coordenação Nacional de Saúde Bucal, apresentou, em janeiro de 2004, o documento “Diretrizes para uma Política Nacional de Saúde Bucal”, que resultou no lançamento, em março de 2004, da política nacional de saúde bucal, denominada “Brasil Sorridente”, que pretende constituir o eixo político norteador da reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal no País. A reorganização da atenção à saúde bucal, conforme as diretrizes apontadas pelos referidos documentos, deve acontecer em todos os níveis de atenção, incluindo desde a promoção e proteção à saúde até a

¹ Ministro da Saúde Humberto Costa, em entrevista concedida à Flávia Travaglini para o APCD Jornal, publicada na edição de outubro de 2004, p. 14-15.

reabilitação, com destaque para a inclusão da reabilitação protética na Atenção Básica, a implantação de centros de especialidades odontológicas (CEOs) e para a estratégia de saúde da família (BRASIL, 2004a).

Surge, então, a necessidade de garantir acesso da população a procedimentos mais complexos, no sentido de atender ao princípio da integralidade das ações. Segundo o Ministro da Saúde, Humberto Costa, em entrevista ao jornal da Associação Paulista de Cirurgiões-dentistas:

não se pode aceitar que um país que já é o segundo maior em transplantes no mundo, onde 90% dos transplantes são realizados no serviço público, não seja capaz de garantir o tratamento de canal, a correção do posicionamento dos dentes ou o tratamento do câncer bucal de forma adequada (COSTA, 2004¹, p. 14).

É neste cenário que após um longo período sem conferências nacionais de saúde bucal (CNSB) (de 1993 a 2004), apesar da realização de conferências nacionais de saúde em 1996 (10^a CNS) e 2000 (11^a CNS) acontece no segundo semestre de 2004, como parte da 12^a CNS (2003), a 3^a CNSB, sob o temário “Acesso e qualidade: superando a exclusão social”. O resultado de 2.542 conferências municipais ou regionais de saúde bucal e 27 conferências estaduais foi a participação de 883 delegados à 3^a CNSB (447 representantes de usuários, 228 representantes de trabalhadores dos serviços de saúde, e 208 representantes de gestores ou prestadores de serviços). A realização das conferências em todos os níveis contou diretamente com a participação de 83.978 pessoas, constituindo-se um importante momento histórico na construção democrática da saúde bucal. Em seu relatório final apresenta proposições para orientar as políticas públicas, no sentido de assegurar, a todos, acesso a ações e serviços de saúde bucal com qualidade (BRASIL, 2004c).

Frente às questões colocadas pela nova Política Nacional de Saúde Bucal, o CONASS (2004) destacou a necessidade da inserção da proposta dos CEOs nos

Planos Diretores de Regionalização (PDR) e a necessidade de reajuste da tabela de média complexidade ambulatorial na área de saúde bucal a fim de viabilizar a ampliação do escopo de procedimentos por estes centros de referência, bem como a urgência da discussão de recursos humanos para este fim.

Percebe-se um avanço nos últimos dois anos na questão política, contudo as desigualdades no acesso e utilização dos serviços odontológicos ainda são muito grandes. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), realizada em 1998 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil, o atendimento odontológico se diferenciava fortemente do atendimento médico, com uma proporção muito mais alta de atendimentos financiados de forma direta pelo paciente e muito menos atendimentos financiados pelo SUS. Em 1998, apenas 5,24% dos investimentos federais em saúde se destinavam aos procedimentos odontológicos (BARROS; BERTOLDI, 2002; IBGE, 2000). Cerca de 14% dos adolescentes brasileiros nunca foram ao dentista, percentual que chega a 22% no Nordeste (BRASIL, 2004b). Essa diferença entre as macrorregiões do País, observada para diversos indicadores, sempre apontando condições mais favoráveis nas regiões Sul e Sudeste em detrimento do Norte e Nordeste, podem decorrer do modelo de atenção em cada área geográfica, inclusive o impacto de medidas como fluoretação das águas e uso do creme dental fluoretado, além do acesso e utilização de serviços de assistência odontológica (BRASIL, 2004b).

Apesar dessa priorização da saúde bucal no contexto político atual, ainda permanece a dificuldade de acesso, a falta de qualidade e a incapacidade de atenção integral. O relatório da 3ª CNSB apresenta proposições para assegurar o

acesso e a qualidade, mas a concretização dos princípios de universalidade e integralidade ainda representa um grande desafio a ser enfrentado.

Os dados provenientes de sistemas de informação de saúde podem subsidiar o planejamento das ações e serviços de saúde, evidenciando situações desfavoráveis e contribuindo para a adequação dos serviços.

2.3 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

O avanço da descentralização dos serviços de saúde tem significado também uma demanda crescente pela descentralização na produção das informações. Com a NOB SUS 01/96, em 1998, a capacidade de operar os sistemas de informações básicas passou a se constituir em requisito para o repasse financeiro (ALMEIDA, 1998). Contudo, o uso da informação no processo de gestão da saúde ainda é incipiente e pouco embasado na realidade das informações em saúde existentes (MORAES; SANTOS, 2001).

Os diversos bancos de dados sobre desenvolvimento social (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDH-M e censo) e saúde (Sistema de Informações de Mortalidade – SIM, Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN, Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA-SUS, Sistema de Informações Hospitalares – SIH-SUS, Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB, etc.) permitem recuperar informações relacionadas à esfera municipal que são importantes na implementação de políticas sociais e programas de saúde, bem como na reorganização e controle das ações de saúde bucal (TERRERI; GARCIA, 2001), o que tem contribuído para a ampliação do uso dos sistemas de informação como ferramentas de gestão. Além disso, o maior conhecimento da realidade local

facilita a identificação de falhas na alimentação do sistema, também contribuindo para o seu aperfeiçoamento (ALMEIDA, 1998).

Dos sistemas de informação de saúde de abrangência nacional, apenas o SIA-SUS e o SIAB registram procedimentos realizados pelas equipes de saúde bucal (ESB), sendo que este último ainda se encontra em processo de implantação no que se refere às ações odontológicas (BRASIL, 1998, 2002b).

O SIAB foi criado em 1998, a partir da ampliação do Sistema de Informações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS). Inclui instrumentos de cadastramento das famílias, de acompanhamento da gestante, da criança e de alguns agravos (como hipertensão arterial, diabetes, tuberculose e hanseníase) e consolida a produção de serviços pelas equipes de saúde da família (ESF). Os procedimentos coletivos realizados pela equipe de saúde bucal (ESB) são registrados na ficha D (BRASIL, 1998). Os demais procedimentos realizados pelos profissionais da ESB são registrados no SIA-SUS. Desta forma, os aspectos específicos à programação em saúde bucal dos municípios ficam restritos a essa base de dados (BRASIL, 2002b).

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.); não incluindo dados sobre o diagnóstico, faixa-etária da população atendida ou motivo do atendimento (MOTA; CARVALHO, 1999; BRASIL, 2002b).

Estudos como os realizados por Scatena; Tanaka (2001) e Barros e Chaves (2003), utilizando dados provenientes do SIA-SUS e/ou SIH-SUS, de forma isolada e/ou integrada, apresentam estratégias para a utilização destes sistemas na análise

quantitativa da descentralização das ações de saúde e permitiram construir hipóteses sobre os modelos de atenção que vêm sendo conformados (SCATENA, 2000; SCATENA; TANAKA, 2001; BARROS; CHAVES, 2003).

Com relação à avaliação de serviços de saúde bucal, Terreri, em 1999, utilizou indicadores construídos a partir do SIA-SUS para análise quantitativa das ações realizadas em um município. Barros e Chaves (2003) também usaram dados provenientes do SIA-SUS para a caracterização da oferta de serviços de dois municípios em gestão plena do sistema municipal (de acordo com a NOB SUS 96). A consulta ao SIA-SUS permite um acompanhamento da programação e produção de serviços ambulatoriais e a construção de alguns indicadores quantitativos das ações desenvolvidas orientando a avaliação da organização da saúde bucal nos municípios. Ambos os trabalhos destacam a necessidade de assegurar-se da qualidade, precisão e consistência dos dados provenientes deste sistema.

A partir de outubro de 1999 a tabela do SIA-SUS incorporou algumas alterações (portaria SAS/MS nº 35/99), fazendo-se necessário estabelecer correspondência entre alguns procedimentos que tiveram suas definições modificadas para análises de série histórica (BARROS; CHAVES, 2003).

Estudo realizado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em 1996, detectou que os sistemas de informação de saúde mais utilizados eram o SIA-SUS e o SIH-SUS, principalmente devido à sua vinculação ao repasse financeiro. Suas informações, bem como as provenientes de outros sistemas de informação de saúde, contudo, eram pouco utilizadas para análise da situação de saúde ou planejamento de atividades (ALMEIDA, 1998). Contudo, Scatena e Tanaka (2001) destacam que embora a utilização de dados providos por alguns sistemas de informação em saúde (SIM, SINASC e SINAN) venham sendo incorporados

gradualmente pelos municípios no planejamento e programação (vigilância epidemiológica, imunização, saúde materno-infantil, etc.), o mesmo não ocorre com o SIA-SUS e o SIH-SUS, únicos a fornecer dados sobre quanto está sendo gasto e com o quê. Estes autores afirmam ainda que “o bom senso e a análise criteriosa dos dados e de sua tendência temporal podem fornecer hipóteses sobre como está se gastando e por quê”.

O caráter financeiro destes sistemas pode interferir no registro de dados, visto que um maior volume de produção de serviços implica em maior repasse financeiro (TERRERI, 1999; TERRERI; GARCIA, 2001; BARROS; CHAVES, 2003). Com o advento do Piso da Atenção Básica, que estabelece um valor *per capita* para financiamento das ações da Atenção Primária à Saúde, Barros e Chaves (2003) destacam que, presumivelmente, os dados do SIA-SUS referentes a este nível de atenção passaram a apresentar uma maior confiabilidade, uma vez que um maior registro não mais implica em maior repasse de recursos. Além disso, a instituição do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, através da Portaria GM/MS nº 3.925, de 1998, tem estimulado as ações de monitoramento e avaliação de indicadores de saúde pelos três níveis de governo, dentre eles indicadores de processo, como Cobertura de 1ª consulta odontológica, razão de procedimentos coletivos e a população de 0 a 14 anos de idade, média de consultas médicas básicas por habitante/ ano. Este fato pode representar um incentivo à qualificação dos sistemas de informação em saúde de base nacional e ao registro adequado das informações, contribuindo para a prevenção do sub-registro (BAHIA, 2004).

A revolução com relação aos suportes informacionais, através de meios digitais e/ou virtuais, além de minimizarem os custos, podem possibilitar o levantamento de dados de forma organizada e inteligente, possibilitando o acesso a um grande

volume de informações, seu reordenamento e reestruturação conforme as necessidades de uso. Contudo faz-se necessário um quadro técnico capacitado para o uso de tecnologias e para o tratamento temático das informações, o que ainda não é realidade em todos os municípios (GRACIOSO, 2003).

2.4 EXPERIÊNCIA DE CÁRIE NA POPULAÇÃO DE 15 A 19 ANOS DE IDADE

No Brasil, a cárie dentária continua sendo o maior problema de saúde pública de ocorrência na cavidade bucal, seguida pelas periodontopatias, maloclusão, fissuras lábio-palatais e câncer bucal (NARVAI, 1994). Os dados mais recentes sobre as condições de saúde bucal da população brasileira evidenciam que o ataque de cárie e o número de dentes perdidos entre adultos e idosos ainda são profundamente elevados. Cerca de 10% dos adultos brasileiros possuíam bolsa periodontal em uma ou mais regiões da boca e praticamente a mesma proporção apresentou pelo menos um sextante da boca excluído, sendo que esse problema atinge mais da metade dos idosos. A perda dentária precoce também é grave, sendo que a necessidade de algum tipo de prótese começa a surgir a partir da faixa etária de 15 a 19 anos de idade e o edentulismo continua sendo um grave problema no País, especialmente entre os idosos (BRASIL, 2004b).

São poucas as experiências de levantamentos epidemiológicos nacionais no Brasil. O que existem são muitos estudos pontuais. O primeiro levantamento de saúde bucal de base nacional só aconteceu em 1986, existindo outras três experiências de abrangência nacional: o levantamento realizado pelo Serviço Social da Indústria (SESI), em 1993; e os conduzidos pelo Ministério da Saúde, em

associação com entidades de classe, em 1996 e em 2002-2003. Os dados desses levantamentos mostram um declínio da cárie na população infantil entre 1986 e 2003 no País, porém, para a população adulta, o quadro continua grave (BRASIL, 2004b; RONCALLI, 2003).

Apesar de a cárie dentária ser a doença bucal mais estudada em todo o mundo, a maioria dos estudos concentra-se em escolares, sendo as pesquisas sobre a situação da doença em adultos jovens insuficientes (TRUIN; KONING; KALSBECK, 1993). No Brasil, apenas os levantamentos de 1986 e 2002-2003 consideraram esta população.

O levantamento realizado em 1986 examinou um total de 22.709 pessoas, considerando as idades de 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 50 a 59 anos. O estudo envolveu apenas a zona urbana, sendo algumas capitais escolhidas para representar seus estados e, conseqüentemente, suas regiões (BRASIL, 1988). O índice CPO-D foi alto para todas as idades. Para a faixa etária de 15 a 19 anos, o CPO-D foi de 12,67, sendo 33,62% dos dentes cariados, 15,23% extraídos, 4,74% com extração indicada e 46,41% obturados. É importante ressaltar que este grupo obteve o mais alto percentual entre as faixas examinadas com relação à atenção odontológica nos últimos 12 meses (68%) (BRASIL, 1988).

Dos municípios do Estado da Bahia, apenas a capital, Salvador, compôs a amostra nas duas oportunidades em que a população de 15 a 19 anos foi estudada. Em 1986, foram examinados 302 indivíduos no grupo de 15 a 19 anos. O CPO-D encontrado para esta faixa etária no município foi de 9,80, sendo 28,68% cariados, 15,51% extraídos, 3,85% com extração indicada e 51,96% obturados, apresentando uma participação maior destes últimos em comparação à média nacional (BRASIL, 2003d). No intervalo entre os levantamentos de 1986 e 2002-2003, três estudos

realizados em Salvador podem ser destacados. Em 1988, o exame de 1.971 adultos frequentadores das clínicas extra-murais da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, encontrou uma média de 9,4 dentes cariados por indivíduo, bastante próxima ao dado do MS para Salvador em 1986, predominando a necessidade de tratamento (cariado e extração indicada) (SOUSA, 1989). No ano de 1996, para uma amostra de 486 adolescentes entre 12 e 20 anos de idade (média de 16,4 anos) constatou-se um CPO-D médio de 4,44 e, na composição do índice, a maior participação foi dos dentes obturados (49,77%) (CANGUSSU; COSTA, 2001).

O estudo conduzido pelo SESI em 1993 e o Levantamento de 1996 do Ministério da Saúde só envolveram crianças em idade escolar e verificaram queda no CPO-D médio aos 12 anos de idade, que se aproximou das metas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Federação Dentária Internacional (FDI) para esta faixa etária no ano 2000 (RONCALLI, 2003).

Em 2001, entre 1.563 adolescentes de 15 anos de idade, verificou-se um CPO-D de 2,66 e prevalência de cárie de 34,9%, com predomínio do componente restaurado (52,63%). Apesar do bom desempenho do município, o fenômeno da polarização estava presente, sendo importante a identificação de grupos ou áreas geográficas de alto risco para a programação das ações e serviços de saúde bucal (CANGUSSU, 2003).

O País tem apresentado um desempenho superior a países como Noruega, Suécia e Estados Unidos no declínio da cárie aos 12 anos de idade, apresentando maior percentual de redução anual (7,3%), contudo ainda inferior à Dinamarca (11%), Finlândia (10,3%) e Holanda (8,8%). O aumento no consumo de pastas fluoretadas tem sido apontado como importante fator desta tendência mundial,

apesar de provavelmente não ser o único. A consolidação do SUS, a partir da década de 90 e a reorganização da prática odontológica pública, através dos procedimentos coletivos e do processo de municipalização, também podem estar relacionados (RONCALLI, 2003). Além disso, as melhorias nas condições de saúde das populações têm sido marcadas por intervenções no âmbito coletivo, por políticas que privilegiam a melhoria da infra-estrutura e os serviços de atenção primária e de baixo custo (PINTO, 2002).

Nos últimos anos (de maio de 2002 e outubro de 2003), o Ministério da Saúde executou, com a participação de instituições como Conselhos Federal e Regionais de Odontologia, Associação Brasileira de Odontologia e suas seções regionais, Faculdades de Odontologia, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, um amplo levantamento epidemiológico, denominado “SB Brasil: condições de saúde bucal da população brasileira”. Este estudo abrangeu 250 municípios do País, incluindo as 26 capitais e Brasília, examinando um total de 108.921 pessoas, nas faixas etárias de 18 a 36 meses (11,12%), 5 anos (24,46%), 12 anos (31,72%), 15 a 19 anos (15,45%), 35 a 44 anos (12,33%) e 65 a 74 anos (4,91%). Seus dados revelaram que, com relação à cárie dentária na dentição permanente, cerca de 90% dos adolescentes aos 15 a 19 anos apresentavam pelo menos um dente permanente com experiência de cárie dentária. Para a faixa etária de 15 a 19 anos, o percentual de CPO-D igual a 0 é sempre inferior na região Nordeste (10,11%), quando comparado com os da região sul (12,08%) e sudeste (12,75%). O CPO-D médio dos 15 aos 19 anos foi 6,2 (45,22% cariados). Para o Nordeste, em média, esta idade apresentava 6,34 dentes com experiência de cárie, sendo o principal problema as cáries não tratadas (73,35% aos 12 anos e 55,21% de 15 a 19 anos) (BRASIL, 2004b).

De forma geral, o estudo realizado pelo Ministério da Saúde entre 2002 e 2003 observou que a presença de flúor está mais concentrada nas regiões sul e sudeste e em municípios de maior porte populacional. As diferenças na prevalência de cárie entre municípios com e sem flúor na água são mais marcantes até os 12 anos de idade, diminuindo dos 15 aos 19 anos e praticamente não foram observadas diferenças nesse agravo entre regiões a partir dos 35 anos de idade (BRASIL, 2004b).

Em relação às metas da OMS/FDI para o ano 2000, o Brasil atingiu as metas apenas na idade de 12 anos. Para todas as outras idades os resultados encontrados estavam aquém da meta proposta. Com relação à meta estabelecida para a idade de 18 anos (80% dos indivíduos com P=0), em 1986, no Brasil, apenas 33% desta população, encontrava-se nestas condições e, em 2002-2003, encontrou-se um percentual de 55,09% de pessoas de 18 anos com P=0, sendo a situação ainda mais crítica no Nordeste, com apenas 45,07% (WHO, 1998; NARVAI, 1994; PINTO, 1990; BRASIL, 2004b). Contudo, em municípios como Belo Horizonte (1996) e Florianópolis (1999), onde, respectivamente 63,2% e 82,5% dos indivíduos nesta idade apresentam pelo menos 28 dentes, apresentou-se bastante favorável e próximo à meta da OMS (SANTOS, 1996; GONÇALVES; PERES; MARCENES, 2002).

O SB Brasil detectou condições mais desfavoráveis nos municípios com menor porte populacional, verificando CPO-D elevado e maior média de dentes com cáries não tratadas aos 12 anos e de 15 a 19 anos nos municípios com menos de 10.000 habitantes (BRASIL, 2004b).

Traebert et al. (2002), estudando dois municípios de pequeno porte, verificaram níveis de CPO-D aos 12 anos de idade baixos (<2,0), com uma grande participação

dos dentes cariados (51,1%) em um dos municípios, denotando uma baixa cobertura dos serviços e uma grande demanda por tratamento restaurador simples e exodontias. Destacam que de modo geral, existe uma necessidade de tratamento odontológico caracterizado por procedimentos clínicos simples de rotina, sendo a resolução dos problemas de grande maioria da população fácil e de baixo custo.

Assim, é importante conhecer o comportamento da doença em todas as idades para o seu monitoramento epidemiológico e organização dos serviços de saúde de acordo com as necessidades da população. Com a evidente redução da prevalência da cárie na população infantil, há possibilidade de aumento da oferta de serviços para outros grupos populacionais, dentre eles os adultos jovens (GONÇALVES; PERES; MARCENES, 2002). A utilização de dados nacionais para o planejamento local pode levar a discrepâncias na implantação ou na (re)adequação dos serviços, principalmente nos municípios de menor porte populacional, entre os quais existe desigualdade nos níveis de cárie em relação aos municípios de maior porte, sendo importante a realização de estudos em nível local para orientar o planejamento de políticas e serviços de saúde bucal.

3 JUSTIFICATIVA

A descentralização tem se constituído importante fator para a melhoria do acesso aos serviços de saúde, entendido como coerência dos serviços com as necessidades da população, recursos, objetivos e acessibilidade (HORTALE; PEDROZA; ROSA, 2000). A programação e o planejamento de ações baseados no diagnóstico das condições de saúde e necessidades de tratamento da população, bem como do modelo de atenção em saúde bucal vigente, podem orientar o estabelecimento de prioridades e alocação de recursos de forma direcionada para a modificação positiva das condições de saúde da população por meio de práticas mais efetivas (MOTA; CARVALHO, 1999). Desta forma, a implementação da descentralização da saúde deve contribuir para a ampliação da oferta de serviços e melhoria da qualidade da assistência.

A análise da atenção à saúde bucal, a partir da experiência de descentralização da saúde, da oferta de serviços e das condições de saúde bucal da população brasileira, pode caracterizar e detectar mudanças na atenção odontológica, bem como na sua resolubilidade (BARROS; CHAVES, 2003) e implementar as metodologias já propostas para avaliação da descentralização das ações de saúde bucal em municípios brasileiros, constituindo-se importante instrumento para a gestão de sistemas de saúde.

Além disso, a utilização de sistemas de informação de saúde de base nacional como fonte de dados para estudos desta natureza representa o reconhecimento da importância destas ferramentas na análise da situação de saúde da população e contribui para a identificação de seus limites e possibilidades, favorecendo o

estabelecimento de estratégias de melhoria da qualidade e oportunidade das informações. Bem como instrumentaliza profissionais, gestores e a população para o acompanhamento sistemático e o planejamento de ações e serviços de saúde.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a atenção à saúde bucal em municípios da Bahia, a partir da experiência de descentralização, da análise da oferta de serviços e da situação de saúde bucal (cárie dentária) na população de 15 a 19 de idade de Buerarema, Campo Formoso, Elísio Medrado, Eunápolis, Firmino Alves, Inhambupe, Lajedo do Tabocal, Muquém de São Francisco, Salvador, Serrinha e Tucano.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1) Identificar as diferenças na atenção à saúde bucal, segundo porte, condição sócio-econômica e tipo de gestão dos municípios;

2) Caracterizar a oferta de serviços odontológicos e as modificações observadas na atenção à saúde bucal dos municípios relacionadas à descentralização das ações de saúde;

3) Descrever o perfil epidemiológico de cárie dentária na população de 15 a 19 anos de idade, considerando a oferta de serviços.

5 METODOLOGIA

A fim de descrever a atenção à saúde bucal nos municípios do Estado selecionados, este estudo considerou os seguintes aspectos: a experiência de descentralização da saúde, a oferta de serviços odontológicos, no período de 1999 a 2003, e a prevalência e severidade da cárie dentária na população de 15 a 19 anos de idade.

5.1 DESENHO DO ESTUDO

A análise foi realizada por agregados, caracterizando um estudo do tipo ecológico, utilizando fontes de dados secundários, provenientes dos sistemas de informação de saúde de base nacional.

5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Considerando a recente conclusão do “Projeto SB Brasil: condições de saúde bucal da população brasileira”, e a disponibilidade da base de dados dos municípios participantes, este estudo abrangeu os municípios da Bahia sorteados e incluídos nesse levantamento epidemiológico.

O sorteio de municípios participantes do SB Brasil buscou contemplar as diversidades do País através da pré-estratificação dos municípios. A 1ª pré-estratificação considerou as 5 macrorregiões, Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Dentro de cada macrorregião, os municípios foram subdivididos de acordo com o número de habitantes, segundo dados de 1996 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), compondo, assim, o 2º nível de pré-estratificação, o porte do município, composto por 5 categorias:

- a) 1º estrato: até 5.000 habitantes;
- b) 2º estrato: de 5.001 a 10.000 habitantes;
- c) 3º estrato: de 10.001 a 50.000 habitantes;
- d) 4º estrato: de 50.001 a 100.000 habitantes;
- e) 5º estrato: mais de 100.000 habitantes.

Para cada macrorregião foram sorteados 50 municípios, 10 em cada estrato. Dos municípios do Nordeste sorteados, 11 (22%) foram do Estado da Bahia (BRASIL, 2001c):

- a) Buerarema;
- b) Campo Formoso;
- c) Elísio Medrado;
- d) Eunápolis;
- e) Firmino Alves;
- f) Inhambupe;
- g) Lajedo do Tabocal;
- h) Muquém de São Francisco;
- i) Salvador;
- j) Serrinha;
- k) Tucano.

Para os municípios que compõem a amostra do SB Brasil é possível fazer inferências para a população total em relação à prevalência de cárie dentária,

necessidades de tratamento odontológico e necessidade e uso de prótese, sendo possível, para os demais problemas, apenas verificar a prevalência e severidade na amostra (RONCALLI et al. 2000). Desta forma, neste estudo foram avaliados os dados relativos à cárie dentária para a população de 15 a 19 anos de idade.

A opção por esta faixa etária deveu-se ao fato de não existirem muitos estudos na literatura acerca das condições de saúde para este grupo, bem como pelo maior potencial analítico em comparação à faixa etária de 12 anos de idade com relação ao acesso e utilização de serviços de saúde bucal, objeto deste estudo.

5.3 FONTES DE DADOS

5.3.1 Perfil sócio demográfico dos municípios

Os municípios foram descritos, para os anos de 1991 e 2000, quanto ao porte populacional, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), e percentual de pessoas que vivem em domicílios com água encanada. Estas informações foram obtidas no Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, organizado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD (2003).

Quanto ao porte populacional, os municípios foram re-classificados de acordo com o número de habitantes, conforme estratificação definida pelo IBGE, segundo estimativa para 2003 do IBGE.

O cálculo do **IDH-M** considera três dimensões: renda (renda *per capita* ajustada pela paridade do poder de compra), longevidade (expectativa de vida ao nascer) e educação (refletida pelas taxas de alfabetização e de matrícula nos três níveis). De

acordo com os resultados, os municípios foram classificados em três categorias, de acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano do PNUD (2003):

- **baixo desenvolvimento humano:** IDH-M menor que 0,500;
- **médio desenvolvimento humano:** IDH-M entre 0,500 e 0,799;
- **alto desenvolvimento humano:** IDH-M igual ou superior a 0,800.

Os municípios ainda foram classificados quanto a presença/ausência de fluoretação das águas de abastecimento público, de acordo com dados do Comitê Interinstitucional de Estímulo e Controle da Fluoretação da Água de Abastecimento – CIECOF para o ano de 2002.

5.3.2 Caracterização dos sistemas municipais de saúde

Para fins de caracterização dos sistemas locais de saúde, foram analisados a condição de habilitação na NOB – SUS 96 e NOAS, a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), e a relação entre equipes de saúde bucal (ESB) e equipes de saúde da família (ESF).

As informações acerca da condição de habilitação dos municípios foram obtidas através da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB e confirmadas através das portarias ministeriais.

A implantação do PSF foi verificada através da proporção de população coberta pelo programa (BRASIL, 2003c), obedecendo à seguinte forma de cálculo:

$$\frac{\text{População cadastrada no Siab (Modelo de Atenção PSF) em determinado local e período}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$$

Os municípios foram classificados, conforme proposto por MENDES (2002) em três categorias:

- a) **Transição incipiente:** proporção de população coberta pelo PSF menor que 25%;
- b) **Transição intermediária:** proporção de população coberta pelo PSF igual ou superior a 25% e inferior a 70%;
- c) **Transição avançada:** proporção de população coberta pelo PSF superior a 70%.

Analisou-se também a relação entre equipes de saúde bucal e equipes de saúde da família a fim de verificar a adesão dos municípios ao incentivo financeiro estabelecido para a reorganização das ações de saúde bucal através do PSF.

5.3.3 Oferta de serviços odontológicos

A análise da oferta de serviços foi realizada de acordo com a metodologia proposta por Barros e Chaves (2003) modificada. Foram levantadas a população residente por ano, segundo faixa etária, e a quantidade apresentada de produção ambulatorial odontológica da atenção básica por ano, segundo procedimento, englobando os anos de 1999 a 2003.

Os dados foram compilados do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA-SUS, do banco de dados do Ministério da Saúde – o Datasus, no site <http://www.datasus.gov.br> (BRASIL, 2003a).

Para fins de avaliação de ênfase em determinado tipo de ação, os procedimentos odontológicos foram classificados em 6 grandes grupos, conforme a tabela de procedimentos ambulatoriais do SIA-SUS (2002c):

- a) Primeira consulta odontológica: refere-se ao primeiro exame do paciente com finalidade de diagnóstico e/ou plano de tratamento, caracterizando de alguma forma o acesso ao sistema (uma consulta por paciente/ ano);
- b) Procedimentos coletivos: conjunto de procedimentos de promoção e prevenção em saúde bucal, de baixa complexidade, dispensando equipamentos odontológicos e incluindo: levantamento epidemiológico; grupo de educação em saúde; e atividades profissionais com flúor e higiene bucal supervisionada, devendo ser registrado um procedimento por criança/indivíduo no mês, realizadas, no mínimo, a cada três meses. Prática comumente realizada em escolas, mas podendo se estender a outros grupos específicos e em comunidade;
- c) Procedimentos preventivos individuais: aplicação tópica de flúor, aplicação de cariostático ou selante, controle de placa bacteriana e escariação. O aumento nesse grupo significaria uma maior ênfase da gestão nos aspectos relacionados à prática preventiva realizada individualmente;
- d) Procedimentos restauradores: capeamento pulpar direto e indireto, pulpotomia, selamento de cavidade com cimento provisório, restaurações de compósito, silicato, resina fotopolimerizável, amálgama ou cimento de ionômero de vidro, e restauração a pino em dentes decíduos ou permanentes;

- e) Procedimentos cirúrgicos: exodontia de dente permanente ou decíduo, remoção de resto radicular, frenectomia, ulotomia, tratamento de hemorragia, tratamento conservador de osteomielite, curetagem periapical e pulpotomia;
- f) Procedimentos periodontais: procedimentos de raspagem, alisamento e polimento coronário ou radicular, curetagem subgengival, gengivectomia e tratamento periodontal em situação de emergência.

O Apêndice A apresenta a relação de códigos do SIA-SUS considerados para cada categoria.

Dos procedimentos da atenção básica ampliada, segundo a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 2001 (BRASIL, 2001b), foram incluídos os códigos 1001101 e 1001102, restauração com cimento de ionômero de vidro de duas ou mais faces e de uma face, respectivamente.

Os dados foram organizados numa série histórica para avaliar a ênfase em cada tipo de procedimento, buscando-se caracterizar os modelos de atenção em saúde bucal em cada município, no período considerado.

Para fins de análise, foram definidos 4 indicadores:

a) **Cobertura da 1ª consulta odontológica por habitante/ano:**

$$\frac{\text{Número de 1ª consultas odontológicas apresentadas em determinado local e período}}{\text{População residente no mesmo local e período}}$$

b) **Concentração dos procedimentos coletivos por habitante de 0 a 14 anos de idade/ano:**

$$\frac{\text{Número de procedimentos coletivos apresentados em determinado local e período}}{\text{População de 0 a 14 anos no mesmo local e período}}$$

c) Concentração dos procedimentos ambulatoriais por habitante/ano:

$$\frac{\text{Total de procedimentos odontológicos, exceto 1ª consulta e procedimentos coletivos, apresentados em determinado local e período}}{\text{População residente no mesmo local e período}}$$

d) Razão restauração/ exodontia

$$\frac{\text{Número de procedimentos restauradores apresentados em determinado local e período}}{\text{Número de exodontias* apresentadas em determinado local e período}}$$

* Códigos do SIA-SUS até 10/99: 224, 225, 241, 243, 245, 247.
Códigos do SIA-SUS após 10/99: 03.041.01, 03.041.02, 03.041.03, 10.051.14.

Para análise descritiva da produção de serviços, foram considerados como parâmetros mínimos quatro (4) procedimentos coletivos/habitante/ano em 80% da população de 0-14 anos e um (1) procedimento ambulatorial/habitante/ano. Para os procedimentos coletivos, o parâmetro foi estabelecido considerando a descrição do Procedimento Coletivo na tabela de procedimentos do SIA-SUS, segundo a qual as ações de educação em saúde e higiene bucal supervisionada devem ser realizadas, no mínimo, a cada três meses ao longo do ano (quatro por ano). Quanto à população-alvo, foi escolhida a faixa-etária de 0-14 anos por se tratar do grupo priorizado para realização dessas atividades no Estado da Bahia (BAHIA, 2003). Para avaliar a produção de procedimentos ambulatoriais, o parâmetro foi sugerido dentro do intervalo proposto pela portaria do Ministério da Saúde GM/MS nº 1.101/02 (0,5 a 2,0 proc/habitante/ano) (BRASIL, 2002d).

5.3.4 Cárie dentária na população de 15 a 19 anos

As condições de saúde bucal relativas à cárie dentária na população de 15 a 19 anos de idade foram analisadas através dos dados do levantamento epidemiológico de condições de saúde bucal realizado pelo Ministério da Saúde entre 2002 e 2003, o SB Brasil.

Os critérios utilizados no SB Brasil tiveram por base a 4^a edição do *Oral Health Surveys – basic methods* da Organização Mundial de Saúde e o caderno de instruções do Levantamento de Condições de Saúde Bucal – Estado de São Paulo, 1998 – Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (BRASIL, 2001d).

Os códigos e critérios definidos no manual do examinador do SB-Brasil para cárie dentária (BRASIL, 2001d) estão apresentados e detalhados no Anexo A.

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

O primeiro passo na análise foi a descrição do perfil sócio demográfico dos municípios, a partir das variáveis população residente, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), percentual de pessoas que vivem em domicílios com água encanada e fluoretação das águas de abastecimento público. Com relação à população, a observação em série histórica permitiu evidenciar crescimento ou decréscimo populacional e classificar os municípios quanto ao porte populacional (Tabela 1). A análise do desenvolvimento humano municipal e presença ou ausência

de fluoretação das águas de abastecimento público, bem como a caracterização do acesso a este serviço, através da proporção de pessoas que vivem em domicílios com água encanada estão descritos na Tabela 2. A caracterização dos sistemas municipais de saúde foi organizada em um quadro (Quadro 1), que apresenta a condição de habilitação dos municípios. A evolução da implantação do PSF e da relação ESB/ESF numa série histórica está descrita na Tabela 3.

A análise da oferta de serviços foi realizada a partir da construção de séries históricas, apresentando a razão entre o procedimento avaliado e os habitantes do local (tabelas 5 a 8) e a razão entre restaurações e exodontias (Tabela 9).

Por último, o perfil epidemiológico da cárie dentária foi traçado, a partir da consulta ao banco de dados do Projeto SB Brasil, disponibilizado pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal. A análise foi realizada através do Microsoft Excel.

Para cada município, foram calculados o CPO-D médio, o intervalo de confiança (método delta), a composição percentual do CPO-D, a prevalência de cárie (percentual de indivíduos com CPO-D>0) e a proporção de dentes atacados com relação ao total de dentes examinados.

6 RESULTADOS

6.1 PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS MUNICÍPIOS

Com relação ao porte populacional, em 2003, quatro municípios apresentavam estimativa entre 5.001 e 10.000 habitantes (Elísio Medrado, Firmino Alves, Lajedo do Tabocal e Muquém de São Francisco); dois tinham população entre 10.001 e 50.000 habitantes (Buerarema e Inhambupe); quatro, entre 50.001 e 100.000 habitantes (Campo Formoso, Eunápolis, Serrinha e Tucano); e um (Salvador), mais de 100.000 habitantes. A análise da série histórica de 2000, ano de realização do Censo, a 2003 evidencia crescimento populacional em sete municípios (Eunápolis, Inhambupe, Lajedo do Tabocal, Muquém de São Francisco, Salvador, Serrinha e Tucano), enquanto quatro apresentam decréscimo (Buerarema, Campo Formoso, Firmino Alves e Elísio Medrado) (Tabela 1).

Apenas o município de Salvador pode ser considerado de grande porte (população > 100.000 habitantes), abrangendo 2.556.430 pessoas, população superior a de estados como Sergipe, Rondônia e Tocantins. Desta forma, Salvador apresenta inúmeras peculiaridades em relação aos demais municípios estudados, constatando-se grande diferença na implantação de serviços de saúde e nas condições de vida da sua população.

Tabela 1 - População residente dos municípios de Buerarema, Campo Formoso, Elísio Medrado, Eunápolis, Firmino Alves, Inhambupe, Lajedo do Tabocal, Muquém de S. Francisco, Salvador, Serrinha e Tucano, Bahia, 1999 a 2003.

Município	1999	2000	2001	2002	2003
Buerarema	17.478	19.118	18.919	18.757	18.587
Campo Formoso	55.886	61.942	61.883	61.906	61.895
Elísio Medrado	7.986	7.860	7.855	7.860	7.861
Eunápolis	96.610	84.120	86.118	86.976	88.303
Firmino Alves	6.047	5.170	5.124	5.095	5.062
Inhambupe	26.193	29.589	30.029	30.393	30.761
Lajedo do Tabocal	9.953	8.100	8.291	8.445	8.602
Muquém de São Francisco	10.615	9.052	9.151	9.217	9.294
Salvador	2.302.834	2.443.107	2.485.699	2.520.505	2.556.430
Serrinha	81.911	83.206	71.717	72.314	72.913
Tucano	41.759	50.948	51.430	51.862	52.281

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Para todos os municípios, entre 1991 e 2000, houve um crescimento do IDH-M e do percentual de pessoas em domicílios com água encanada (Tabela 2).

Em 2000, sete municípios (Buerarema, Campo Formoso, Firmino Alves, Inhambupe, Lajedo do Tabocal, Muquém de São Francisco e Tucano) tinham IDH-M entre 0,500 e 0,650; três (Elísio Medrado, Eunápolis e Serrinha), entre 0,650 e 0,800; e apenas Salvador entre 0,800 e 1,000. De acordo com a classificação do PNUD, 10 municípios apresentam médio desenvolvimento humano e apenas um, Salvador, alto, sendo o melhor IDH-M do Estado (único com alto desenvolvimento humano), apesar de no ranking nacional ocupar a 471^a colocação (Tabela 2).

A situação encontrada nos municípios é compatível com a realidade do Estado, que no período de 1991 a 2000, teve um crescimento de 16,61% do IDH, passando de 0,590 para 0,688. A dimensão que mais contribuiu para este fato foi a educação (57,6%), seguida pela longevidade (26,1%) e pela renda (16,31%). Segundo a classificação do PNUD, o estado está entre as regiões de médio desenvolvimento humano (IDH entre 0,500 e 0,800) e ocupa a 22^a posição entre os 27 estados da federação (PNUD, 2003).

O percentual de pessoas vivendo em domicílios com água encanada varia de 23,54% (Muquém de São Francisco) a 93% (Salvador), sendo que em seis municípios é realizada fluoretação das águas de abastecimento público (Tabela 2).

Tabela 2 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), percentual de pessoas que vivem em domicílios com água encanada, nos anos de 1991 e 2000, e fluoretação da água de abastecimento público em 2002 nos municípios de Buerarema, Campo Formoso, Elísio Medrado, Eunápolis, Firmino Alves, Inhambupe, Lajedo do Tabocal, Muquém de S. Francisco, Salvador, Serrinha e Tucano, Bahia.

MUNICÍPIO	IDH-M		% pessoas em domicílios com água encanada		Fluoretação das águas de abastecimento público (2002)
	1991	2000	1991	2000	
Buerarema	0,536	0,631	31,42	59,87	sim
Campo Formoso	0,472	0,613	26,43	44,22	sim
Elísio Medrado	0,564	0,655	26,55	58,64	não
Eunápolis	0,607	0,704	54,78	68,28	sim
Firmino Alves	0,548	0,641	52,21	56,88	não
Inhambupe	0,481	0,567	27,87	46,74	não
Lajedo do Tabocal	0,491	0,624	1,13	29,98	não
Muquém de São Francisco	0,466	0,603	7,08	23,54	não
Salvador	0,751	0,805	86,21	93,00	sim
Serrinha	0,566	0,658	44,16	53,52	sim
Tucano	0,472	0,582	30,71	43,52	não

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano (PNUD, 2003); CIECOF, 2002.

6.2 CARACTERIZAÇÃO DOS SISTEMAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Em dezembro de 2003, todos os 11 municípios encontravam-se habilitados em algum tipo de gestão, segundo a NOB – SUS 96 (sete municípios) ou NOAS (quatro municípios). De modo geral, os municípios habilitaram-se à NOB – SUS 96 entre fevereiro de 1998 e agosto de 1999. Apenas Eunápolis estava habilitado em gestão plena do sistema municipal (GPSM) (NOB – SUS 96), desde 1998 (Quadro 1).

Quadro 1 - Condição de habilitação dos onze municípios à NOB/SUS 96 e NOAS até dezembro de 2003.

Município	Habilitação			
	NOB 96		NOAS	
	GPAB	GPSM	GPABA	GPSM
Buerarema	jun./98			
Campo Formoso	abr./98			
Elísio Medrado	ago./99			
Eunápolis		jul./98		
Firmino Alves	ago./99		nov./03	
Inhambuê	fev./98			
Lajedo do Tabocal	abr./98			
Muquém de São Francisco	jun./98			
Salvador	fev./98		jun./03	
Serrinha	abr./98		jun./03	
Tucano	jun./98		jun./03	

Fonte: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

O Programa de Saúde da Família (PSF), em 2003, estava implantado em nove dos onze municípios (exceto Campo Formoso e Muquém de São Francisco). O primeiro destes municípios a aderir ao PSF foi Eunápolis, em 1999. Em 2000, Buerarema e Salvador iniciaram a implantação, seguidos, em 2001 por Elísio Medrado, Serrinha e Tucano; em 2002, por Inhambuê e Lajedo do Tabocal; e, em 2003, Firmino Alves. A maior cobertura populacional foi encontrada em Elísio Medrado (102,87%) e as menores em Firmino Alves (3,04%) e Salvador (4,01%).

Com relação à implantação do PSF, em 2003, quatro municípios (Firmino Alves, Inhambuê, Salvador e Serrinha) ainda encontram-se em estágio incipiente, quatro (Buerarema, Eunápolis, Lajedo do Tabocal e Tucano) em fase intermediária e apenas um (Elísio Medrado) em fase avançada (Tabela 3).

Tabela 3 - Evolução da proporção da população coberta pelo Programa de Saúde da Família, nos municípios de Buerarema, Campo Formoso, Elísio Medrado, Eunápolis, Firmino Alves, Inhambupe, Lajedo do Tabocal, Muquém de S. Francisco, Salvador, Serrinha e Tucano, Bahia, 1999 a 2003.

Município	1999	2000	2001	2002	2003
Buerarema	-	1,34	51,79	68,29	61,56
Campo Formoso	-	-	-	-	-
Elísio Medrado	-	-	102,57	98,03	102,87
Eunápolis	6,5	11,06	33,95	45,04	38,53
Firmino Alves	-	-	-	-	3,04
Inhambupe	-	-	-	1,32	21,09
Lajedo do Tabocal	-	-	-	36,13	32,93
Muquém de São Francisco	-	-	-	-	-
Salvador	-	1,18	1,91	2,9	4,01
Serrinha	-	-	60,15	21,64	21,94
Tucano	-	-	10,8	49,22	59,12

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A implantação de equipes de saúde bucal no PSF, após a publicação, em dezembro de 2000, da portaria GM/MS nº 1.444, que cria o incentivo financeiro para este fim, acontece apenas em 2002 nos municípios de Elísio Medrado, Eunápolis, Salvador e Tucano, seguidos, em 2003, de Firmino Alves. Desde a publicação da portaria GM/MS 673, em abril de 2003, a relação ESB/ESF vem apresentando crescimento, tendo, ao final do período analisado, dois municípios (Elísio Medrado e Firmino Alves) alcançado a relação de 1 ESB para cada ESF. Eunápolis, ao final do ano de 2003, ainda manteve a relação de uma ESB para cada duas ESF, enquanto Salvador já alcançou uma relação de 0,73 ESB para cada ESF (32 ESB para 44 ESF) (Tabela 4).

Tabela 4 - Evolução do número de equipes de saúde da família (ESF), de equipes de saúde bucal (ESB) e relação ESB/ESF nos municípios de Buerarema, Campo Formoso, Elísio Medrado, Eunápolis, Firmino Alves, Inhambupe, Lajedo do Tabocal, Muquém de S. Francisco, Salvador, Serrinha e Tucano, Bahia, 1999 a 2003.

Município	2002			2003		
	Nº. ESF	Nº. ESB	ESB/ESF	Nº. ESF	Nº. ESB	ESB/ESF
Buerarema	4	-	-	4	-	-
Campo Formoso	-	-	-	-	-	-
Elísio Medrado	3	1	0.33	3	3	1.00
Eunápolis	14	7	0.50	16	8	0.50
Firmino Alves	-	-	-	1	1	1.00
Inhambupe	2	-	-	2	-	-
Lajedo do Tabocal	1	-	-	1	-	-
Muquém de São Francisco	-	-	-	-	-	-
Salvador	20	7	0.35	44	32	0.73
Serrinha	5	-	-	5	-	-
Tucano	9	1	0.11	11	1	0.09

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB)

6.3 OFERTA DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

6.3.1 Primeira consulta odontológica

Os municípios de Elísio Medrado, Eunápolis, Firmino Alves, Muquém de São Francisco e Serrinha ampliaram a oferta de 1ª consulta odontológica entre os anos de 1999 e 2003, enquanto Campo Formoso, Lajedo do Tabocal, Salvador e Tucano tiveram uma redução da oferta no período. Para o ano de 1999, Buerarema apresentou resultado elevado, não havendo registro no ano seguinte e, entre 2001 e 2003, foi observada uma redução da oferta deste procedimento. Para o município de Inhambupe não há produção de 1ª consulta odontológica durante todo o período (Tabela 5).

Tabela 5 - Evolução da cobertura de 1ª consulta odontológica por habitante / ano, nos municípios de Buerarema, Campo Formoso, Elísio Medrado, Eunápolis, Firmino Alves, Inhambupe, Lajedo do Tabocal, Muquém de S. Francisco, Salvador, Serrinha e Tucano, Bahia, 1999 a 2003.

Município	1999	2000	2001	2002	2003
Buerarema	3,64	-	0,25	0,11	0,12
Campo Formoso	0,09	0,04	0,03	0,03	0,03
Elísio Medrado	0,03	0,08	0,03	0,12	0,12
Eunápolis	0,04	0,02	0,05	0,18	0,25
Firmino Alves	0,05	0,19	0,13	0,10	0,12
Inhambupe	-	-	-	-	-
Lajedo do Tabocal	0,05	0,03	0,07	0,04	0,03
Muquém de São Francisco	0,04	0,05	0,05	0,01	0,10
Salvador	0,09	0,11	0,09	0,08	0,07
Serrinha	0,04	0,02	0,01	0,06	0,06
Tucano	0,06	0,04	0,02	0,01	0,02

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

6.3.2 Procedimentos coletivos

Buerarema e Firmino Alves apresentam registro de procedimentos coletivos apenas em 2002 e ausência de informações para os demais anos avaliados. Campo Formoso apresenta registro em 2001 e 2002. Salvador e Eunápolis apresentam número muito pequeno de procedimentos coletivos nos anos de 1999 a 2002, com aumento em 2003, principalmente em Eunápolis, que registra 4,33 procedimentos coletivos/hab./ano para a população alvo (Tabela 6).

Tabela 6 - Evolução da concentração de procedimentos coletivos por habitante / ano, para a população de 0-14 anos, nos municípios de Buerarema, Campo Formoso, Elísio Medrado, Eunápolis, Firmino Alves, Inhambupe, Lajedo do Tabocal, Muquém de S. Francisco, Salvador, Serrinha e Tucano, Bahia, 1999 a 2003.

Município	1999	2000	2001	2002	2003
Buerarema	-	-	-	0,01	-
Campo Formoso	-	-	0,00	0,01	-
Elísio Medrado	-	-	13,81	41,35	0,46
Eunápolis	0,00	0,00	-	0,02	4,33
Firmino Alves	-	-	-	0,07	-
Inhambupe	0,03	0,08	0,05	0,03	-
Lajedo do Tabocal	-	-	0,06	0,04	0,04
Muquém de São Francisco	3,07	26,58	33,16	44,51	0,15
Salvador	-	0,00	0,00	0,00	0,40
Serrinha	-	-	0,04	0,95	0,02
Tucano	0,92	5,61	8,80	16,06	0,33

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Nos municípios de Elísio Medrado, Muquém de São Francisco e Tucano são verificadas as maiores produções de procedimentos coletivos, no período de 1999 a 2002, apresentando redução importante em 2003, fato também presente no município de Serrinha, que passa de uma razão de 0,95 (2002) para 0,02 (2003) (Tabela 6).

6.3.3 Procedimentos ambulatoriais

Seis municípios apresentaram expansão da oferta de procedimentos odontológicos entre 1999 e 2003: Elísio Medrado, Eunápolis, Lajedo do Tabocal, Muquém do São Francisco, Salvador e Serrinha. No ano de 2003, em dois deles

(Elísio Medrado e Lajedo do Tabocal), observa-se uma queda na produção alcançada neste período, mantendo-se, contudo, oferta superior à do ano de 1999.

Cinco municípios apresentaram, em 2003, desempenho inferior ao ano de 1999: Buerarema, Campo Formoso, Firmino Alves, Inhambupe e Tucano.

Buerarema em 1999 apresentava 3,91 procedimentos/habitante/ano, chegando a 2003 com apenas 0,20. Campo Formoso teve uma redução de 50% da oferta de procedimentos no período. Firmino Alves em 2002 alcança 1,08 procedimentos/hab./ano, mas apresenta redução brusca em 2003, ofertando apenas 0,14 procedimentos/hab./ano, inferior aos 0,39 registrados em 1999. Tucano também registrou importante redução, saindo de 0,32 procedimentos/hab./ano em 1999 para 0,07 em 2003 (Tabela 7).

Em Inhambupe a produção odontológica ocorreu em anos alternados (1999, 2001 e 2003) e concentrada em apenas um tipo de procedimento a cada ano: 1999 – procedimentos cirúrgicos; 2001 – procedimentos preventivos; e 2003 – procedimentos cirúrgicos (Tabelas 8).

Com relação aos tipos de procedimentos ofertados pelos municípios ao longo do período analisado, em 1999, o único tipo de procedimento realizado por todos os municípios foram os procedimentos cirúrgicos (representando de 10,77% a 100% do total de procedimentos realizados). Esta situação se repete nos anos seguintes (único procedimento realizado por todos os municípios), contudo, outros tipos de procedimentos passam a ser oferecidos, principalmente os restauradores e preventivos. Entre 1999 e 2003, Firmino Alves e Inhambupe não apresentam registro de procedimentos restauradores. Com relação aos procedimentos periodontais, Inhambupe e Lajedo do Tabocal não apresentam produção (Tabela 8).

Tabela 7 - Evolução da oferta de procedimentos ambulatoriais por habitante / ano, segundo SIA-SUS, nos municípios de Buerarema, Campo Formoso, Elísio Medrado, Eunápolis, Firmino Alves, Inhambupe, Lajedo do Tabocal, Muquém de S. Francisco, Salvador, Serrinha e Tucano, Bahia, 1999 a 2003.

Município	1999	2000	2001	2002	2003
Buerarema	3,91	0,59	0,55	0,18	0,20
Campo Formoso	0,41	0,27	0,25	0,22	0,22
Elísio Medrado	0,10	0,35	0,35	0,59	0,26
Eunápolis	0,19	0,08	0,21	0,34	0,39
Firmino Alves	0,39	0,32	0,67	1,08	0,14
Inhambupe	0,14	-	0,19	-	0,05
Lajedo do Tabocal	0,07	0,31	0,55	0,38	0,18
Muquém de São Francisco	0,13	0,19	0,27	0,84	0,92
Salvador	0,19	0,25	0,24	0,29	0,25
Serrinha	0,20	0,21	0,26	0,33	0,33
Tucano	0,32	0,17	0,12	0,09	0,07

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Tabela 8 - Oferta de procedimentos ambulatoriais e distribuição percentual segundo tipo de procedimento (preventivo, restaurador, cirúrgico e periodontal), nos municípios de Buerarema, Campo Formoso, Elísio Medrado, Eunápolis, Firmino Alves, Inhambupe, Lajedo do Tabocal, Muquém de S. Francisco, Salvador, Serrinha e Tucano, Bahia, 1999 a 2003.

Município	1999				2000				2001				2002				2003								
	Total (hab./ano)	Prev.	Rest.	Cir.	Per.	Total (hab./ano)	Prev.	Rest.	Cir.	Per.	Total (hab./ano)	Prev.	Rest.	Cir.	Per.	Total (hab./ano)	Prev.	Rest.	Cir.	Per.					
Buerarema	3,91	0,15	42,49	57,36	-	0,59	61,80	18,43	19,10	0,67	0,55	0,07	49,12	49,19	1,62	0,18	2,60	56,25	37,12	4,03	0,20	5,00	45,00	40,00	10,00
Campo Formoso	0,41	39,88	14,22	10,77	35,14	0,27	29,49	23,97	40,91	5,63	0,25	30,18	24,29	44,68	0,85	0,22	32,23	27,01	38,78	1,98	0,22	31,82	27,27	31,82	9,09
Elísio Medrado	0,10	-	-	60,00	40,00	0,35	-	-	40,00	60,00	0,35	2,86	14,29	20,00	62,86	0,59	5,08	32,20	23,73	38,98	0,26	7,69	38,46	42,31	11,54
Eunápolis	0,19	10,53	57,89	31,58	-	0,08	12,50	50,00	37,50	-	0,21	14,29	42,86	42,86	-	0,34	20,59	55,88	23,53	-	0,39	20,51	38,46	25,64	15,38
Firmino Alves	0,39	15,38	-	12,82	71,79	0,32	-	-	68,75	31,25	0,67	-	-	22,39	77,61	1,08	-	-	11,11	88,89	0,14	71,43	-	28,57	-
Inhambupe	0,14	-	-	100,00	-	-	-	-	-	-	0,19	100,00	-	-	-	-	-	-	-	-	0,05	-	-	100,00	-
Lajedo do Tabocal	0,07	28,57	14,29	57,14	-	0,31	12,90	51,61	35,48	-	0,55	56,36	12,73	30,91	-	0,38	60,53	15,79	23,68	-	0,18	61,11	11,11	27,78	-
Muquém de São Francisco	0,13	7,69	-	92,31	-	0,19	-	10,53	89,47	-	0,27	-	37,04	51,85	11,11	0,84	10,71	28,57	42,86	17,86	0,92	4,35	38,04	34,78	22,83
Salvador	0,19	31,58	31,58	31,58	5,26	0,25	32,00	24,00	32,00	12,00	0,24	37,50	20,83	29,17	12,50	0,29	37,93	20,69	24,14	17,24	0,25	36,00	20,00	24,00	20,00
Serrinha	0,20	5,00	40,00	50,00	5,00	0,21	9,52	23,81	66,67	-	0,26	7,69	46,15	46,15	-	0,33	9,09	48,48	42,42	-	0,33	9,09	51,52	39,39	-
Tucano	0,32	25,00	25,00	21,88	28,13	0,17	17,65	17,65	23,53	41,18	0,12	25,00	16,67	8,33	50,00	0,09	11,11	11,11	11,11	66,67	0,07	14,29	14,29	14,29	57,14

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Na maioria dos casos, a razão entre restaurações e exodontias realizadas nos municípios é $\leq 1,00$. As exceções são Eunápolis, Buerarema, Serrinha e Tucano que apresentam razão $\geq 1,00$ (os três últimos a partir de 2001), além de Campo Formoso e Lajedo do Tabocal, nos anos de 1999 e 2000, respectivamente (Tabela 9).

Tabela 9 - Evolução da razão restauração/exodontia, nos municípios de Buerarema, Campo Formoso, Elísio Medrado, Eunápolis, Firmino Alves, Inhambupe, Lajedo do Tabocal, Muquém de S. Francisco, Salvador, Serrinha e Tucano, Bahia, 1999 a 2003.

Município	1999	2000	2001	2002	2003
Buerarema	0,74	0,96	1,00	1,52	1,09
Campo Formoso	1,32	0,59	0,54	0,70	0,87
Elísio Medrado	0,00	0,00	0,69	1,37	0,90
Eunápolis	1,98	1,59	1,09	2,23	1,51
Firmino Alves	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00
Inhambupe	0,00	-	-	-	0,00
Lajedo do Tabocal	0,18	1,56	0,39	0,62	0,46
Muquém de São Francisco	0,00	0,10	0,76	0,66	1,10
Salvador	0,94	0,76	0,75	0,89	0,77
Serrinha	0,85	0,35	1,01	1,15	1,25
Tucano	1,18	0,84	3,65	1,06	1,00

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

6.4 CÁRIE DENTÁRIA NA POPULAÇÃO DE 15 A 19 ANOS DE IDADE

O CPO-D no grupo de 15 a 19 anos variou de 3,71 (Tucano) a 7,85 (Campo Formoso) e a prevalência de cárie (CPO-D > 0), de 71,43% (Salvador) a 96,49% (Campo Formoso).

Avaliando a composição percentual, 10 municípios tiveram como principal componente o "C", representando mais de 50% do CPO-D, sendo os municípios de Lajedo do Tabocal (79,72%), Campo Formoso (65,99%) e Inhambupe (64,97%) aqueles com maior participação deste componente.

Para o município de Salvador o componente “O” foi o mais importante, chegando a 49,61% do CPO-D. Em Lajedo do Tabocal este componente representou menos de 10% da composição percentual. Com relação ao componente “P”, as maiores participações foram registradas em Firmino Alves (25,08%), Tucano (22,64%) e Inhambupe (20,40%) (Tabela 10).

Com relação à proporção de dentes atacados, a menor proporção foi encontrada em Tucano (12,69%) e a maior em Campo Formoso (26,99%) (Tabela 11).

Tabela 10 - Índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) na população de 15 a 19 anos de idade: média, intervalo de confiança, composição percentual e prevalência de cárie (CPO-D>0), para os municípios de Buerarema, Campo Formoso, Elísio Medrado, Eunápolis, Firmino Alves, Inhambupe, Lajedo do Tabocal, Muquém de São Francisco, Salvador, Serrinha e Tucano, Bahia, 2003.

Município	CPOD	Intervalo de confiança		Composição percentual			Prevalência de cárie
		li	ls	%C	%O	%P	
Buerarema	3,84	3,05	4,63	61,20	24,74	14,06	78,65
Campo Formoso	7,85	6,96	8,74	65,99	16,94	17,07	96,49
Elísio Medrado	5,27	4,49	6,05	56,36	28,08	15,56	88,99
Eunápolis	6,04	5,18	6,90	58,77	30,13	11,09	86,67
Firmino Alves	5,98	4,88	7,08	50,17	24,75	25,08	93,10
Inhambupe	4,51	3,75	5,27	64,97	14,63	20,40	84,31
Lajedo do Tabocal	7,20	6,23	8,17	79,72	8,47	11,81	95,45
Muquém de São Francisco	3,93	3,19	4,68	57,25	24,17	18,58	79,78
Salvador	3,81	2,94	4,68	40,42	49,61	9,97	71,43
Serrinha	4,92	4,11	5,73	60,16	24,80	15,04	86,73
Tucano	3,71	2,96	4,46	57,95	19,41	22,64	79,61

Fonte: Ministério da Saúde - Projeto SB Brasil - Banco de dados

Tabela 11 - Proporção de dentes atacados com relação ao total de dentes examinados para os municípios de Buerarema, Campo Formoso, Elísio Medrado, Eunápolis, Firmino Alves, Inhambuê, Lajedo do Tabocal, Muquém de São Francisco, Salvador, Serrinha e Tucano, Bahia, 2003.

Município	N. dentes atacados	Total dentes examinados	%
Buerarema	342	2574	13,29
Campo Formoso	895	3316	26,99
Elísio Medrado	574	3132	18,33
Eunápolis	725	3403	21,30
Firmino Alves	520	2495	20,84
Inhambuê	460	2916	15,78
Lajedo do Tabocal	634	2529	25,07
Muquém de São Francisco	350	2540	13,78
Salvador	373	2828	13,19
Serrinha	482	2847	16,93
Tucano	382	2948	12,96

Fonte: Ministério da Saúde - Projeto SB Brasil - Banco de dados

Tabela 12 - Porte populacional, fluoretação da água de abastecimento público, percentual de pessoas que vivem em domicílios com água encanada, índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), índice CPO-D e prevalência de cárie nos municípios de Buerarema, Campo Formoso, Elísio Medrado, Eunápolis, Firmino Alves, Lajedo do Tabocal, Muquém de S. Francisco, Salvador, Serrinha e Tucano, Bahia.

MUNICÍPIO	Porte populacional¹	Fluoretação das águas	% água encanada	IDH-M	Cárie dentária	
					CPOD	Prevalência
Buerarema	Médio	sim	59,87	0,631	3,84	78,65
Campo Formoso	Médio	sim	44,22	0,613	7,85	96,49
Elísio Medrado	Pequeno	não	58,64	0,655	5,27	88,99
Eunápolis	Médio	sim	68,28	0,704	6,04	86,67
Firmino Alves	Pequeno	não	56,88	0,641	5,98	93,1
Inhambuê	Médio	não	46,74	0,567	4,51	84,31
Lajedo do Tabocal	Pequeno	não	29,98	0,624	7,2	95,45
Muquém de São Francisco	Pequeno	não	23,54	0,603	3,93	79,78
Salvador	Grande	sim	93	0,805	3,81	71,43
Serrinha	Médio	sim	53,52	0,658	4,92	86,73
Tucano	Médio	não	43,52	0,582	3,71	79,61

¹ Pequeno porte: 1o e 2o estratos; Médio porte: 3o e 4o estratos; Grande porte: 5o estrato.

Fonte: IBGE (2003); Atlas de Desenvolvimento Humano (PNUD, 2003); CIECOF, 2002; Banco de dados do SB Brasil (2003).

7 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo sugerem que a descentralização das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS não tem significado aumento da cobertura da atenção ambulatorial à saúde bucal, segundo a 1ª consulta odontológica (exceto em Eunápolis), mas indicam a expansão da oferta de serviços ambulatoriais, com relação ao ano de 1999, observada em seis dos municípios avaliados. Destes, um estava habilitado em GPSP e dois em GPABA; três possuíam população residente inferior a 10.000 habitantes, e três, superior a 70.000 habitantes; cinco possuíam pelo menos 01 ESF implantada e, destes, três tinham ESB implantadas, numa relação de pelo menos 01 ESB para cada 02 ESF. Municípios de menor porte populacional apresentaram predominância de procedimentos cirúrgicos (Elísio Medrado, Muquém de São Francisco e Lajedo do Tabocal) em relação aos demais grupos de procedimentos e maior irregularidade e/ou inconsistência do registro de informações no SIA-SUS (Elísio Medrado, Muquém de São Francisco e Tucano). Em todos os municípios, os Procedimentos Coletivos apresentaram os maiores problemas de registro, conforme análise do indicador concentração de procedimentos coletivos por habitante/ano para a população de 0 a 14 anos de idade. Com relação à cárie dentária, avaliada a partir da prevalência e da severidade, as piores condições foram verificadas em um município que apresentava um baixo IDH-M em 1991 (Campo Formoso) e nos municípios de pequeno porte populacional e sem fluoretação das águas de abastecimento público (Lajedo do Tabocal e Firmino Alves) (Tabela 12). Os dados referentes à fluoretação das águas de abastecimento público utilizados neste estudo não permitem analisar potenciais

associações. Sua utilização tem o objetivo de caracterizar a oferta de serviços de atenção à saúde bucal de forma mais ampla. Outros dados seriam necessários à análise da sua relação com a prevalência e a severidade de cárie nos municípios.

O processo de descentralização da saúde na Bahia pode ser considerado tardio, ocorrendo apenas após a implementação da NOB SUS 96, nenhum município do Estado tendo se habilitado às normas anteriores (NOB SUS 91, NOB SUS 93). Assim, não há municípios da Bahia que possam ser considerados de “alto aprendizado institucional” (habilitação na gestão mais avançada da NOB SUS 01/93 antes da plena pela NOB SUS 01/96), conforme descrito por Viana; Heimann e Lima (2002). Contudo, verifica-se, na análise da série histórica, um ganho sistêmico (expansão da oferta, produção e cobertura de serviços) na atenção à saúde bucal, sendo as melhores condições de oferta também associadas a uma maior autonomia gerencial, representada por condição de habilitação mais avançada (GPSM ou GPABA) e/ou implantação avançada do PSF e boa relação ESB/ESF.

A priorização da estratégia de saúde da família pelos governos federal e estadual, nos últimos anos, vem contribuindo para a expansão do PSF no Estado, seja no número de municípios participantes, seja na cobertura populacional, situação observada entre os municípios estudados. O que também vem contribuindo para uma expansão da oferta de serviços de saúde, de um modo geral.

Em 1999 apenas Eunápolis possuía o Programa de Saúde da Família (PSF). A adesão a esta estratégia pelos outros municípios se deu ao longo do período estudado, chegando a 2003, com apenas dois municípios ainda sem PSF (Campo Formoso e Muquém do São Francisco). Contudo, apenas Elísio Medrado apresentava uma cobertura populacional superior a 70%, alcançando uma fase de implantação avançada, segundo a classificação de MENDES (2002). Nos demais

municípios foram observados estágios incipientes ou intermediários de implantação do PSF. Vale ressaltar que a adesão do município à estratégia não implica necessariamente em mudanças no modelo assistencial. Embora a estratégia de Saúde da Família possa contribuir para a reorganização do sistema de saúde, o incentivo financeiro vinculado à implantação do programa representa uma forma de ampliação do montante de recursos federais transferidos ao fundo municipal, o que pode estimular a implantação acrítica do programa, vislumbrando tão-somente ao aumento de receita, sem discussão com os sujeitos interessados (comunidade e setor saúde).

Apesar da saúde bucal constituir-se em uma das áreas estratégicas da atenção básica, alguns municípios do Estado ainda não possuem uma rede de serviços odontológicos estruturados. O financiamento das ações odontológicas básicas está contemplado no PAB, assim, a inclusão de ESB no PSF apresenta-se como uma importante, e muitas vezes única, fonte de financiamento específica da área, contribuindo para a implementação, ou mesmo implantação, da atenção odontológica no âmbito local. Além disso, contribui para o estímulo a ações de educação e promoção de saúde, principalmente na especificidade da saúde bucal.

Nesse contexto, ainda não é possível determinar uma mudança de prática na atenção à saúde bucal desses municípios. A avaliação da oferta de serviços odontológicos realizada a partir do SIA-SUS apontou para problemas no registro dos dados de produção ambulatorial.

A análise da oferta de 1ª consulta odontológica evidencia em 1999, por exemplo, no município de Buerarema, resultado incoerente com a descrição do procedimento na tabela do SIA-SUS –, alcançando 3,64 consultas/ habitante/ ano, quando não deveria ultrapassar 1,0. Na ausência de outros códigos adequados ao

registro de consultas odontológicas subseqüentes, muitas vezes, o registro deste código é incoerente, contribuindo para que o dado seja superestimado. (BARROS; CHAVES, 2003, RONCALLI, 2000; TERRERI, 1999). É difícil saber se os odontólogos dos municípios estão registrando a 1ª consulta odontológica por indivíduo/ ano ou a cada vez que ele vem para tratamento (consultas subseqüentes).

Além disso, o registro de procedimentos coletivos apresenta irregularidade, e, na maioria dos casos, é incoerente com a descrição do procedimento na tabela do SIA-SUS. Percebe-se que o seu registro, algumas vezes, não considera o conjunto de procedimentos, mas cada procedimento individualmente, podendo ocorrer uma superestimação da quantidade de indivíduos cobertos. Em alguns municípios foi percebida uma nítida incoerência, como Elísio Medrado e Muquém de São Francisco, mas pode estar acontecendo também em locais onde aparentemente a produção é pequena, contudo, frente ao registro superestimado, de fato, é ainda menor. Incoerências relacionadas aos indicadores de avaliação da oferta de 1ª consulta odontológica e procedimentos coletivos também foram evidenciadas no estudo realizado por Barros e Chaves (2003).

Em Elísio Medrado e Muquém de São Francisco, por exemplo, o indicador extrapola a cobertura da população total nos doze meses do ano: a população de 0 a 14 anos dos municípios representa cerca de 40 a 53% da população e, mesmo cobrindo toda a sua população residente durante todos os meses do ano, este indicador não deveria superar um valor próximo a 25 procedimentos coletivos/ habitante/ ano, quando considerada para cálculo do indicador a população de 0 a 14 anos. Em 2003, percebe-se uma importante redução deste indicador para estes municípios, assim como para Tucano que também apresentava resultado muito

acima da média, indicando a adequação da informação registrada no sistema à descrição do procedimento.

De forma geral, percebe-se melhoria no registro dos procedimentos coletivos em termos de coerência e consistência no ano de 2003. Contudo, para todos os municípios é difícil inferir a ênfase dada aos procedimentos coletivos, visto que de acordo com este indicador, municípios como Eunápolis e Salvador, que conhecidamente realizavam este procedimento no período analisado (informação verbal²), apresentaram produção insignificante entre 1999 e 2002.

A tabela do SIA-SUS sofreu alterações em outubro de 1999 (Portaria SAS/MS nº 35/99), sendo indispensável a correspondência entre alguns procedimentos que tiveram definições modificadas, conforme proposto por Barros e Chaves (2003). A lógica de financiamento incorporada à elaboração do SIA-SUS pode interferir no registro dos dados, uma vez que quanto maior a produção de serviços, maior o repasse (TERRERI, 1999). Contudo, com relação aos procedimentos da atenção básica à saúde, o advento do Piso da Atenção Básica, estabelecendo um valor *per capita* para o custeio das ações e serviços da Atenção Básica, deve ter contribuído para uma maior consistência e coerência dos dados, visto que o registro da produção ambulatorial não interfere mais no repasse de recursos (BARROS; CHAVES, 2003). Além disso, a implantação do Pacto de Indicadores da Atenção Básica pelo Ministério da Saúde e a crescente necessidade de acompanhamento e avaliação pelas secretarias municipais de saúde vêm transformando os sistemas de informação em saúde em importantes ferramentas de gestão. E, ainda que com limitações, a análise dos dados provenientes do SIA-SUS, minimamente, deve contribuir para a melhora da qualidade (coerência, consistência, validade e

² Informação fornecida pela técnica da área de saúde bucal da Secretaria da Saúde do Estado Jaqueline Dourado em entrevista.

confiabilidade) das informações, para organização da oferta de serviços e, associado a dados epidemiológicos, para a adequação dos serviços às necessidades da população.

Pinto (2002) verificou melhores médias de ofertas de serviços odontológicos públicos (1ª consulta/1.000 habitantes ano) em municípios de pequeno porte (<10.000 habitantes). No presente estudo, essa característica não se confirmou na medida em que as melhores situações do indicador cobertura de 1ª consulta odontológica foram encontradas tanto em municípios de médio porte (Buerarema e Eunápolis) como entre aqueles de pequeno porte (Elísio Medrado e Firmino Alves).

Com a municipalização da saúde, municípios que possuíam uma assistência odontológica muito limitada, em termos de oferta e tipo de serviços, caracterizada por ações mutiladoras e, em alguns casos, pela ausência de serviços restauradores, passam a contar com uma equipe de saúde bucal acompanhando suas equipes de saúde da família, contribuindo para um aumento da oferta, mas nem sempre para uma reorientação das ações de saúde bucal e da construção de modelos de atenção baseados na vigilância à saúde.

A informação acerca de procedimentos de maior tradição na área (como restaurações e exodontias) aparentemente é mais consistente no SIA-SUS, contudo ainda apresenta deficiências, a exemplo do que ocorre em Inhambupe, que apresenta irregularidade no registro, com produção em anos alternados (1999, 2001 e 2003) e concentrada em apenas um tipo de procedimento a cada ano.

Com relação aos tipos de procedimentos ofertados pelos municípios ao longo do período analisado, em 1999 o único tipo de procedimento realizado por todos os municípios foram os procedimentos cirúrgicos (representando de 10,77% a 100% do total de procedimentos realizados). Esta situação se repete nos anos seguintes, mas

outros tipos de procedimentos passaram a ser oferecidos, principalmente os restauradores e preventivos. O processo de descentralização e o aumento da cobertura do PSF podem ter contribuído para o crescimento destes serviços, visto que estimulam a adequação dos serviços às reais necessidades da população.

Com relação aos procedimentos periodontais, para Inhambupe e Lajedo do Tabocal não houve produção na série histórica analisada. Este tipo de procedimento, tipicamente ofertado à população adulta, pode indicar um maior acesso deste grupo aos serviços odontológicos (BARROS; CHAVES, 2003). Contudo, a participação importante deste grupo de procedimento, desde 1999, na produção ambulatorial de alguns municípios (Campo Formoso, Elísio Medrado, Firmino Alves e Tucano) pode estar relacionado à demanda por serviços, mas também ao perfil dos profissionais, levando a uma organização, às vezes, equivocada da oferta. Outra razão pode ser o erro no registro dos códigos dos procedimentos, inclusive dos periodontais.

Segundo os parâmetros mínimos de quatro procedimentos coletivos/hab/ano para 80% da população entre 0-14 anos e um procedimento ambulatorial/habitante/ano, propostos por este estudo, os municípios ainda apresentaram produção aquém dos parâmetros estabelecidos, assim como verificado em estudo anterior por Barros e Chaves (2003), a exceção de Eunápolis em 2003, com relação aos procedimentos coletivos. Na produção ambulatorial, os municípios que mais se aproximaram do proposto foram Firmino Alves, em 2002, e Muquém de São Francisco, em 2003. A produção total de Buerarema em 1999, assim como o registro de 1ª consulta, apresentaram-se bastante elevados, do que pode-se inferir que a lógica financeira do SIA-SUS estivesse interferindo no registro

de informações por este município, visto que a produção apresentou queda acentuada no período.

A razão restauração/ exodontia foi maior ou igual a um (maior produção de restaurações do que de procedimentos cirúrgicos) em seis dos municípios analisados, sendo que em dois deles em anos pontuais. Nos quatro municípios que apresentam razão maior ou igual a um, pelo menos Eunápolis estava habilitado em GPSM e Serrinha e Tucano em GPABA. Vale destacar mais uma vez que alguns municípios não apresentam registro de procedimentos restauradores (Inhambupe – 1999 a 2003, Firmino Alves – 1999, 2000, 2002 e 2003, Elísio Medrado – 1999 e 2000, e Muquém de São Francisco – 1999), apresentando razão igual a zero. Terreri (1999) destaca que a utilização dos dados do SIA-SUS para cálculo deste indicador pode induzir a uma subestimação do denominador, incluindo tanto procedimentos de exodontia unitária como extrações múltiplas, resultando em valor inexato para esta razão. Contudo, o registro de extrações múltiplas acontece apenas em um procedimento do grupo de ações odontológicas especializadas (10.051.14), que representa parcela insignificante ou inexistente da produção ambulatorial dos municípios estudados. Outro fator que deve ser considerado é que no grupo de procedimentos restauradores estão incluídos procedimentos como restauração de silicato, capeamento pulpar e restauração com ionômero de vidro, que podem contribuir para que o numerador esteja superestimado, favorecendo resultados positivos para procedimentos mais conservadores.

A irregularidade das informações e inconsistência dos dados dificultou a análise das informações provenientes do SIA-SUS. O estudo realizado por Barros e Chaves (2003) verificou maior constância e confiabilidade no registro de procedimentos ambulatoriais, como consultas, exodontias e restaurações, quando comparado ao

registro de procedimentos coletivos, uma prática mais recente, que vem apresentando sérios problemas de registro e padronização. Outra característica observada pelas autoras foi a maior consistência nos dados a partir da implantação do PAB, e habilitação dos municípios à GPSM. O mesmo foi observado neste trabalho, embora as inconsistências tenham se revelado de forma mais intensa. O porte populacional da maioria dos municípios estudados e a condição de gestão a que se encontravam habilitados deve ter contribuído para esta situação. Compreende-se que municípios com menor população residente apresentam quadro funcional reduzido, priorizando a contratação de pessoal para a “ponta” do serviço, esvaziando o nível administrativo. O que se observa nos municípios de pequeno porte é a responsabilidade de um único profissional, na maioria das vezes de nível médio, para a gestão de todos os sistemas de informação de saúde (SIAB, SIM, SINASC, SINAN, SIA, SIH, SISCOLO, SIS-Pré Natal, SIS-PF), a dificuldade de análise (coerência e consistência) e supervisão por profissional de nível superior capacitado, bem como a precária divulgação desses dados, mesmo entre os profissionais que alimentam o sistema (retroalimentação). Assim, faz-se indispensável o investimento em capacitação e educação permanente do quadro técnico das secretarias municipais para o correto manejo dos sistemas de informação em saúde, conforme destacado por Gracioso (2003), além da implantação de medidas para fixação dos profissionais nos municípios, como a realização de concursos públicos.

A qualidade da informação é conseqüência da qualidade com que se realizam as etapas, desde a coleta ou registro até a disponibilização dos dados produzidos e as informações só podem contribuir para o desenvolvimento de modelos de atenção à saúde, se há um adequado preenchimento dos instrumentos, registro e

armazenamento seguros, fluxo de dados até o processamento no tempo estabelecido, consolidação, análise e difusão (MOTA; CARVALHO, 1999; MORAES e SANTOS 2001). A ausência de documentação dos sistemas de informação em saúde (manuais de operação, de instrução para coleta de dados e definição de fluxos), a utilização simultânea de diferentes versões de softwares (ALMEIDA, 1998), além do desconhecimento dos instrumentos (quando eles existem) pelos profissionais, também interferem na consistência e validade dos dados.

Os levantamentos epidemiológicos das condições de saúde bucal conduzidos no Brasil têm evidenciado um declínio da cárie dentária. Contudo, para a população adulta, os dados são escassos, tendo este grupo sido incluído apenas nos estudos de 1986 e 2002-2003. Neste período (1986 e 2003), o CPO-D para o grupo etário de 15 e 19 anos de idade apresentou redução de 51,30%, passando de 12,67 para 6,17.

Em 1986, a participação dos dentes restaurados era de 46,41%. Em 2003, este componente representou 40,35% do CPO-D. O que aparentemente pode indicar uma menor participação do componente obturados em 2003 deve considerar que a amostra no ano de 1986 foi composta apenas pelas capitais, sendo incluído no estudo de 2002-2003 também cidades do interior, onde a estruturação dos serviços odontológicos é mais recente.

Salvador, único município do Estado incluído nos dois estudos, apresentava, para a população de 15 a 19 anos, em 1986, CPO-D médio de 9,80, sendo 51,96% obturados, 28,68% cariados e 19,36% perdidos. Em 2003, o CPO-D médio para este grupo foi 3,81, sendo 49,61% obturados, 40,42% cariados e 9,97% perdidos. Para este município, percebe-se uma menor participação de dentes perdidos, indicando uma mudança de prática, evidenciada também pelos dados de oferta de serviços,

com redução da produção de procedimentos cirúrgicos e ampliação da oferta de procedimentos coletivos, preventivos e periodontais.

O menor CPO-D de 15 a 19 anos foi encontrado em Tucano e o maior, em Campo Formoso. As grandes diferenças encontradas para o CPO-D da população de 15 a 19 anos dos municípios aqui analisados evidencia a desigualdade na distribuição das doenças em diferentes condições sociais e a grande heterogeneidade das condições de vida e saúde existentes dentro do Estado da Bahia.

Nesse estudo, os municípios de menor porte e baixo IDH-M, como Lajedo do Tabocal e Campo Formoso, respectivamente, apresentaram as mais altas prevalências de cárie. Alguns estudos (BRASIL, 2004b; PINTO, 2002) têm verificado também condições mais desfavoráveis com relação à cárie dentária nos municípios de menor porte populacional. Entretanto, dentre os municípios analisados, a melhor condição foi encontrada em Tucano (CPO-D de 15 a 19 anos de idade 3,71), com população residente estimada em 52.281 habitantes, para o ano de 2003, seguida por Salvador (CPO-D de 15 a 19 anos de idade 3,81), Buerarema (CPO-D de 15 a 19 anos de idade 3,84) e Muquém de São Francisco (CPO-D de 15 a 19 anos de idade 3,93), os dois últimos com população inferior a 20.000 habitantes.

Pinto (2002) encontrou maior correlação entre o mais alto CPO-D e maior percentual de renda insuficiente, menor percentual de domicílios ligados à rede de água, menor número de anos de estudo e menor número total de dentistas (como indicador de oferta de serviços), encontrando piores médias para os indicadores sócio-econômicos, inclusive número de dentistas, nos municípios de menor porte populacional (até 10.000 habitantes). No presente estudo, três dos quatro municípios de pequeno porte populacional (Lajedo do Tabocal, Firmino Alves e Elísio Medrado)

apresentara-se entre as piores condições encontradas para o CPO-D de 15 a 19 anos de idade, sendo a exceção o município de Muquém de São Francisco, que apresentou CPO-D médio de 3,93, quarta melhor condição.

O SB Brasil verificou que a fluoretação das águas de abastecimento público está mais concentrada nas regiões sul e sudeste e em municípios de maior porte populacional (BRASIL, 2004b). No presente estudo, cinco municípios realizavam fluoretação das águas de abastecimento público. Contudo, o percentual de pessoas vivendo em domicílios com água encanada ainda é muito baixo, sendo inferior a 60% em quatro municípios. O percentual mais elevado foi encontrado em Salvador (93,00%), seguido pelo município de Eunápolis (68,28%).

Foi verificada uma relação entre a oferta de serviços e a composição percentual do CPO-D. Ou seja, por um lado, municípios com serviços estruturados há mais tempo, como Salvador, apresentam maior participação de dentes restaurados (componente "O") e, por outro, uma maior participação percentual de dentes cariados foi encontrada em Lajedo do Tabocal (79,72%), município que apresentou uma razão restauração/ exodontias inferior a um em quatro dos cinco anos da série histórica analisada, com pequena ênfase em procedimentos coletivos e sem fluoretação das águas de abastecimento. Outro fator que pode contribuir para o desempenho do município de Salvador é a maior cobertura de assistência odontológica supletiva.

Para Inhambupe, por exemplo, município que apresentou 64,97% do CPO-D representado por dentes cariados, 20,40% por perdidos e apenas 14,63%, obturados não registrou oferta de procedimentos restauradores ao longo do período analisado. Apesar da regularidade no registro de procedimentos coletivos, a ênfase

neste tipo de procedimento ainda é pequena e o município não conta com fluoretação das águas de abastecimento público.

Campo Formoso, município com maior severidade de cárie, apresenta redução da oferta de serviços entre 1999 e 2003, concentrados predominantemente em ações cirúrgicas. Com pequena ênfase em ações coletivas, o município possui sistema de fluoretação das águas da rede pública, apesar da cobertura deste serviço restringir-se a 44,22% da população.

A composição percentual do CPO-D de Buerarema chama a atenção para a necessidade da organização dos serviços. Apesar de tratar-se do 3º em severidade (CPO-D 3,84) e do 2º município com menor prevalência de cárie (78,65%), onde a fluoretação das águas de abastecimento público desse município pode ter contribuído no índice CPO-D reduzido, o componente “C” representa 61,20% do índice, o que foi inconsistente com a oferta de serviços segundo o SIA-SUS. Essa situação pode estar relacionada a restrição do acesso a estes serviços, atingindo uma pequena proporção da população na assistência ambulatorial e à ausência de ações coletivas, ou mesmo à equívocos de registro na base de dados.

Os dados provenientes dos levantamentos nacionais são insuficientes e, de acordo com Traebert et al (2002), podem levar a discrepâncias na implantação ou na (re)adequação dos serviços, principalmente em municípios de menor porte populacional, entre os quais existe uma grande variação nos níveis de cárie, conforme observado também no presente estudo.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Apesar do caráter descritivo deste estudo, há que se considerar as limitações da base de dados utilizada. Todavia, o estudo contribuiu para reafirmar a necessidade da melhoria do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS), ferramenta útil ao planejamento local e para a produção de conhecimento.

A metodologia adotada permitiu a análise a que se propôs a presente investigação, apesar dos problemas encontrados no registro de informações no SIA-SUS, fato que dificultou uma melhor caracterização da oferta de serviços. A inexistência ou o desconhecimento de manuais de orientações para preenchimento dos instrumentos de coleta destes pelos profissionais de saúde compromete a qualidade e confiabilidade das informações provenientes dos sistemas de informação de saúde conforme evidenciado neste estudo.

Além da capacitação dos profissionais de saúde para o correto preenchimento das ferramentas de registro de dados de saúde e divulgação dos instrumentos de orientação, faz-se necessária a sensibilização sobre a importância dos sistemas de informação de saúde e a utilização desses dados na análise e difusão das informações, e finalmente, para a tomada de decisão por parte dos gestores, profissionais de saúde e usuários das ações e serviços. A promoção de cursos, palestras, aulas e eventos poderiam minimizar estas dificuldades, mas, neste contexto, surgem questões de cunho orçamentário e de recursos humanos que se enquadram como uma constante dificuldade enfrentada.

A descentralização das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS não tem correspondido ao aumento da cobertura de 1ª consulta odontológica, mas, assim

como no âmbito geral das ações de saúde, tem contribuído para a expansão da oferta de serviços ambulatoriais e coletivos em saúde bucal.

Apesar da redução de sua participação percentual no total da produção ambulatorial, os procedimentos cirúrgicos ainda são o principal serviço ofertado em municípios de pequeno porte que também apresentam pior qualidade no registro das informações no SIA-SUS, sendo que para todos os municípios os Procedimentos Coletivos apresentam os maiores problemas.

Com relação à cárie dentária, apenas o município de Salvador havia participado de levantamento de base nacional anterior e apresentava estudos pontuais na literatura, não sendo encontrados dados anteriores para os demais municípios. De acordo com os dados do SB Brasil, entre os onze municípios do Estado, as piores condições foram verificadas em um município de baixo IDH-M e nos municípios de pequeno porte populacional e sem fluoretação das águas de abastecimento público.

Para o conhecimento da realidade e adequada organização dos serviços de atenção à saúde nos municípios não envolvidos nos levantamentos de base nacional é necessária a realização de levantamentos das condições de saúde bucal a nível estadual, regional e, principalmente, local, subsidiando a elaboração das políticas de saúde bucal nos diversos níveis de gestão dos sistemas de saúde. A associação destes dados àqueles provenientes dos sistemas de informação de saúde e outras bases de dados podem contribuir para uma análise da situação de saúde bucal de forma mais integrada e, em séries históricas, podem permitir a análise do impacto das ações implementadas.

9 REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, M. F. Descentralização de sistemas de informação e o uso das informações a nível municipal. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 7, n. 3, p. 27-33, mar./jun, 1998.
2. ARAÚJO, M. V. A. **Estudo das condições de saúde bucal e necessidades de tratamento em pacientes do curso de odontologia da Universidade Federal do Pará**. Dissertação (Mestrado) apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003.
3. BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. Superintendência de Regulação e Promoção de Saúde. Diretoria de Promoção de Saúde. Coordenação de Avaliação, Acompanhamento e Programação. **Programação da Atenção Básica 2003 / PPI de Epidemiologia e Controle de Doenças**: Manual de orientações. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2003. 133 p.
4. BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. Superintendência de Regulação e Promoção de Saúde. Diretoria de Promoção de Saúde. Coordenação de Avaliação, Acompanhamento e Programação. **Programação da Atenção Básica 2004**: Manual de orientação. Vol. 1. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. 2004. 199 p.
5. BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D. V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 1, p. 15-24, jan./mar., 2004.
6. BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 709-717, out./dez., 2002.
7. BARROS, S. G.; CHAVES, S. C. L. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 1, p. 41-52, jan./mar., 2003.
8. BODSTEIN, R. Atenção Básica na agenda da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 401-412, jul./set., 2002.
9. BRASIL. **8ª Conferência Nacional de Saúde**, 1986, Brasília. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de programas Especiais de Saúde. Divisão de Saúde bucal. Fundação Serviços de Saúde Pública. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986 / Ministério da saúde, Secretaria Nacional de programas Especiais de saúde, Divisão Nacional de Saúde Bucal**, Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1988. 137 p.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Geral/SESUS. **Modelos assistenciais no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 1990a, 60 p.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de assistência à Saúde/SNAS. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, 1990b, 20 p.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a orientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36 p.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. **SIAB: Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica**. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação da Saúde da Comunidade; 1998.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal. **Portaria GM/MS nº 1.444/00**, dezembro de 2000. Brasília, 2000.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. **A reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2001a
17. BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Departamento de atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. **Projeto SB 2000: Condições de Saúde Bucal da população brasileira no ano 2000**. Manual do Coordenador. Brasília: Ministério da Saúde. 2001c. 53 p.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Departamento de atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. **Projeto SB 2000: Condições de Saúde Bucal da população brasileira no ano 2000**. Manual do Examinador. Brasília: Ministério da Saúde. 2001d. 49 p.

20. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/02. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 40, seção I, p. 52, 02/02/2002a.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Preenchimento de Instrumentação do SIA-SUS**. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde. [on line]. Disponível na Internet via WWW.URL: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/decas/indice.mansia.htm>. Arquivo capturado em 05 de junho de 2002b.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. **Tabela de procedimentos do SIA-SUS**. (versão junho/2002) [on line]. Disponível na Internet via WWW.URL: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/decas/indice.mansia.htm>. Arquivo capturado em 05 de junho de 2002c.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Parâmetros assistenciais do SUS. **Portaria GM/MS nº 1.101/02**, junho 2002. Brasília, 2002d.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Informações de Saúde**. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 2003a.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Atualiza e revê o incentivo financeiro às ações de saúde bucal. **Portaria GM/MS nº 673/03**, junho de 2003. Brasília, 2003b.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.394/03. Aprova a relação de Indicadores da Atenção Básica a serem pactuados, fluxos e prazos para pactuação entre Municípios, Estados e Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, nº 248, seção I, p. -, Brasília, DF, 22 dez. 2003c.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do levantamento epidemiológico de 1986**. Disponível em: http://www.planeta.terra.com.Br/saúde/angelonline/artigos/art_epi/banco86.dbf. Acesso em: 10/10/2003d.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco referencial e conceitual da Atenção Básica e Saúde da família no Brasil**: notas preliminares. Documento elaborado a pedido do Departamento de Atenção Básica a partir da sistematização dos documentos apresentados na oficina MS/SAS/DAB/OPAS, Brasília, 14/05/2003e.

29. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 16 p.
30. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais**. Brasília, 2004b, 51p.
31. BRASIL. **3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e. qualidade superando a exclusão social**. Relatório Final. Brasília, DF, 29 de julho a 1º de agosto de 2004c.78 p.
32. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.023. Define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, nº 185, seção I, p. 44-45, Brasília, DF, 24 set. 2004d.
33. CANGUSSU, M. C. T; COSTA, M. C. N. O flúor tópico na redução da cárie dental em adolescentes de Salvador – BA, 1996. **Pesqui. Odontol. Bras.**, v. 15, n. 4, p. 348-353, out./dez., 2001.
34. CANGUSSU, M. C. T. **Cárie e fluorose dentária em adolescentes de 12 e 15 anos de em Salvador, Bahia, no ano de 2001**. Tese apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do grau de doutor. São Paulo, 2003.
35. CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 435-444, jul./dez., 2001.
36. CORDON, J. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. **Cad. Saúde Públ.**, v. 13, n. 3, p. 557-563, jul./set., 1997.
37. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. [on line] Nota Técnica n. 21, 2004. Disponível em: <http://www.conass.com.br/off/nt/21.doc>. Acessado em: 10/08/2004.

38. COSTA, R. C. R. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Rev. de Sociologia e Política**, n. 18, p. 49-71, jun., 2002.
39. COSTA, N. R.; PINTO, L.F. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 907-923, out./nov., 2002.
40. GRACIOSO, L. S. Disseminação de informações estatísticas no Brasil: práticas e políticas das agências estaduais de estatística. **Ci. Inf.**, v. 32, n. 2, p. 69-73, maio/ago., 2003.
41. GONÇALVES, E. R.; PERES, M. A.; MARCENES, W. Cárie dentária e condições sócio-econômicas: um estudo transversal com jovens de 18 anos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 3, p. 699-706, mai./jun., 2002.
42. HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 231-239, jan./mar., 2000.
43. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Acesso e utilização de serviços de saúde**. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) 1998. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. 96 p.
44. LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 269-291, jul./nov., 2001.
45. MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: _____ (org.) **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4ª ed., São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.
46. MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS** – tomo II. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. 176 p.
47. MENDES, E. V. **A atenção básica à saúde na Bahia**. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2002. 41p. (mimeo.)

48. MENEZES, A. G.; DUARTE, C. A.; TODESCAN, J.H. Prevalência de cárie dentária e índice periodontal comunitário de necessidade de tratamento numa população com faixa etária de 15 a 65 anos na cidade de Campo Grande – MS, Brasil. **RPG**, v. 8, n. 2, p. 149-156, abr.-jun., 2001.
49. MORAES, I. H.S.; SANTOS, S. R. F. R. Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 10, n. 1, p. 49-56, jan./mar., 2001.
50. MORGAN, M. V.; STONNILL, A.; LASLETT, A. M. Dental caries amongst Royal Australian Navy recruits. **Australian Dental Journal**, v. 37, p. 201-204, 1992.
51. MOTA, E.; CARVALHO, D. M. Sistemas de Informação em Saúde. In: Rouquaryol, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 5 ed., Rio de Janeiro: MEDSI, Cap. 22, p. 505-521, 1999.
52. NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1994. 113p.
53. NADANOVSKY, P.; SHEIHAM, A. Relative contribution of dental services to the change in caries levels of 12-year-old children in 18 industrialized countries in the 1970's and early 1980's. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 23, p. 331-339, 1995.
54. NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 445-450, jul./dez., 2001.
55. PAIM, J. S. Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta "Saúde para Todos". In: _____. Saúde, política e reforma sanitária. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002. p. 295-323.
56. PINTO, V. G. **Saúde bucal**. Panorama internacional. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Saúde Bucal, 1990. 285 p.
57. PINTO, M. H. B. **Relação entre prevalência de cárie, desenvolvimento social e provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil, 1996**. Dissertação apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde para obtenção do título de mestre. Rio de Janeiro, 2002.

58. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. Tabela do ranking dos municípios 1991-2000.** Disponível em: http://www.undp.org.br/IDHM-BR%20Atlas%20Webpage/textos_IDH/sites-91-00.xls. Acesso em: 01/09/2003.
59. QUELUZ, D. P. Perfil de escolares das escolas públicas e particulares em relação à prevalência de cárie nas faixas etárias de 12 e 18 anos. **J. Bras. Clin. Odontol. Integr.**, v. 6, n. 34, p. 304-311, jul.-ago., 2002.
60. RONCALLI, A. G.; ARCIERI, R. M.; UNFER, B. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Revista Ação Coletiva**, v. 2, n. 1, p. 9-14, jan./mar, 1999.
61. RONCALLI, A. G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal:** universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva. Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, para obtenção do título de doutor em Odontologia (Área de concentração: Odontologia Preventiva e Social). Araçatuba, 2000.
62. RONCALLI, A. G.; FRAZÃO, P.; PATTUSSI, M. P. et al. Projeto SB 2000: uma perspectiva para a consolidação da epidemiologia em saúde bucal coletiva. **Rev. Bras. Odont. Saúde Coletiva**, v. 1, n. 2, p. 9-25, 2000.
63. RONCALLI, A. G. **Perfil epidemiológico de saúde bucal no Brasil 1986-1996.** Disponível em: http://www.planeta.terra.com.Br/saude/angelonline/artigos/art_epi/epi_bra.pdf. Acesso em: 10/10/2003.
64. SANTOS, R. M. **Distribuição das doenças da cavidade bucal nos usuários do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte:** um estudo de prevalência. Dissertação (Mestrado) apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1996.
65. SCATENA, J. H. G. **Avaliação da descentralização da assistência à saúde no Estado de Mato Grosso.** Tese apresentada ao Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do grau de doutor. São Paulo, 2000.
66. SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. 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. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 10, n. 1, p. 19-30, 2001.

67. SILVA, S. F. Municipalização da saúde. In: _____, **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas**. São Paulo: Hucitec, 2001.
68. SOUSA, M. B. B. A. **Educação e prática odontológica da proposta de inovação em Odontologia: o caso da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1988**. Dissertação apresentada à Universidade Federal da Bahia para obtenção do título de mestre. Salvador, 1989.
69. TERRERI, A. L. M. **A contribuição dos sistemas de informação em saúde na reorganização do modelo municipal de saúde bucal**. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, para obtenção do título de mestre em Odontologia (Área de concentração: Odontologia Preventiva e Social). Araçatuba, 1999.
70. TERRERI, A. L. M.; GARCIA, W. G. A contribuição dos bancos de dados sobre desenvolvimento social e saúde para a reorganização do modelo municipal de saúde bucal. **Rev. Bras. Odont. Saúde Coletiva**, v. 2, n. 1, p. 25-33, 2001
71. TRAEBERT, J. et al. Prevalência e severidade de cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico em pequenos municípios brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 3, p. 817-821, mai./jun., 2002.
72. TRUIN, G. J.; KONING, K. G.; KALSBECK, H. Trends in dental caries in The Netherlands. **Advanced Dental Research**, v. 7, p. 15-18, 1993.
73. VIANA, A. L. A.; HEIMANN, L. S.; LIMA, L. D. et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, suplemento, p. 139-151, 2002.
74. VIANNA, M. I. P. **Estado e atenção odontológica no Brasil: um estudo sobre as políticas de saúde bucal na conjuntura pós-74**. Dissertação apresentada a Universidade Federal da Bahia para obtenção do grau de mestre em Saúde Comunitária. Salvador, Bahia, 1988.
75. WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Main oral diseases and global goals**. Disponível em: http://www.who.int/ncd/orh/epi_od.htm#dc. Acessado em: 04/08/1998.

76. ZANETTI, C. H. G. **As marcas de mal-estar social no sistema nacional de saúde tardio: o caso das políticas de saúde bucal, no Brasil dos anos 80.** Dissertação apresentada ao Departamento de Ciências Sociais da escola Nacional de saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz – Ministério da Saúde para obtenção do grau de mestre. Rio de Janeiro, 1993.
77. ZANETTI, C. H. G.; LIMA, M. A. U.. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 13, p. 18-35, jul., 1996.
78. ZANETTI, C. H. G. **Por um caminho sustentável para universalização da atenção básica: saúde bucal da família com equidade e integralidade.** Brasília, 2000. Trabalho Acadêmico (Pólo UnB / Planaltina SUS-DF de Ensino e Pesquisa em Saúde Bucal) - Departamento de Odontologia, Universidade de Brasília, UnB. Disponível em: http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo_amplo/psf_caminho.htm. Acessado em: 07/06/2002.

APÊNDICE A – RELAÇÃO DE CÓDIGOS DO SIA-SUS CONSIDERADOS PARA CADA CATEGORIA DE PROCEDIMENTO ODONTOLÓGICO**CONSULTAS**

207-CONSULTA ODONTOLOGICA-1a.CONSULTA(PAB)

0302101-CONSULTA ODONTOLÓGICA - 1a. CONSULTA

PROCEDIMENTOS COLETIVOS

201-PROCEDIMENTOS COLETIVOS II (PC II)

203-PROCEDIMENTOS COLETIVOS III (PC III)

0301101- PROCEDIMENTO COLETIVO (PACIENTE/MÊS)

PROCEDIMENTOS INDIVIDUAIS PREVENTIVOS

200-APLIC.TERAP.INTENSIVA C/FLUOR-P/SESSAO(PAB)

206-ESCARIACAO POR DENTE(PAB)

209-ODONTOLOGIA PREVENTIVA I

210-CONTROLE DA PLACA BACTERIANA(PAB)

211-ODONTOLOGIA PREVENTIVA II

212-APLICACAO DE SELANTE POR DENTE(PAB)

215-ODONTOLOGIA PREVENTIVA IV

217-ODONTOLOGIA PREVENTIVA V

231-PULPOTOMIA DENTE DECIDUO OU PERMANENTE(PAB)

232-APLICACAO CARIOSTATICO POR DENTE(PAB)

0302201-APLIC.TERAP.INTENSIVA C/FLUOR-P/SESSAO(PAB)

0302202-APLICACAO CARIOSTATICO POR DENTE(PAB)

0302203-APLICACAO DE SELANTE POR DENTE(PAB)

0302204-CONTROLE DA PLACA BACTERIANA(PAB)

0302205-ESCARIACAO POR DENTE(PAB)

PROCEDIMENTOS RESTAURADORES

205-CAPEAMENTO PULPAR DIRETO DENTE PREMAN. (PAB)

220-RESTAURACAO COMPOSITO DE UMA FACE (PAB)

221-DENTISTICA I

222-RESTAURACAO COMPOS.ENVOLV.ANGULO INCISAL(PAB)

223-DENTISTICA II

228-SELAMENTO CAVID.C/CIMENTO PROVIS.P/DENTE(PAB)

230-RESTAURACAO COMPOSITO DUAS OU MAIS FACES(PAB)

234-RESTAURACAO C/AMALGAMA DUAS/MAIS FACES(PAB)

236-RESTAURACAO COM AMALGAMA DE UMA FACE(PAB)

238-RESTAUR.C/SILICATO DUAS OU MAIS FACES(PAB)

239-RESTAURACAO COM SILICATO DE UMA FACE(PAB)

242-RESTAURACAO A PINO(PAB)

244-RESTAURACAO FOTOPOL.DUAS OU MAIS FACES(PAB)

246-RESTAURACAO FOTOPOLIMERIZAVEL UMA FACE(PAB)

0303101-CAPEAMENTO PULPAR DIRETO DENTE PREMAN. (PAB)

0303102-PULPOTOMIA DENTE DECIDUO OU PERMANENTE(PAB)

0303103-RESTAURACAO A PINO(PAB)

0303104-RESTAURACAO C/AMALGAMA DUAS/MAIS FACES(PAB)

0303105-RESTAURACAO COM AMALGAMA DE UMA FACE(PAB)

0303106-RESTAURACAO COMPOSITO DUAS OU MAIS FACES(PAB)

0303107-RESTAURACAO COMPOSITO DE UMA FACE (PAB)

0303108-RESTAURACAO COMPOS.ENVOLV.ANGULO INCISAL(PAB)

0303109-RESTAUR.C/SILICATO DUAS OU MAIS FACES(PAB)

0303110-RESTAURACAO COM SILICATO DE UMA FACE(PAB)

0303111-RESTAURACAO FOTOPOL.DUAS OU MAIS FACES(PAB)
0303112-RESTAURACAO FOTOPOLIMERIZAVEL UMA FACE(PAB)
1001101-RESTAURAÇÃO C/IONÔMERO VIDRO DUAS/MAIS FACES
1001102-RESTAURAÇÃO COM IONÔMERO VIDRO UMA FACE

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

224-EXODONTIA DE DENTE DECIDUO(PAB)
225-REMOCAO DE RESTO RADICULAR(PAB)
241-ODONTOLOGIA CIRURGICA I, 243-ODONTOLOGIA CIRURGICA II, 245-ODONTOLOGIA CIRURGICA III
247-EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE(PAB)
248-TRATAMENTO DE ALVEOLITE(PAB)
249-ULOTOMIA(PAB)
250-FRENECTOMIA(PAB)
252-TRATAMENTO DE HEMORRAGIA(PAB)
254-TRATAMENTO CONSERVADOR OSTEOMIELITE(PAB)
0202103-FRENECTOMIA(PAB)
0304101-EXODONTIA DE DENTE DECIDUO(PAB)
0304102-EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE(PAB)
0304103-REMOCAO DE RESTO RADICULAR(PAB)
0304105-TRATAMENTO DE ALVEOLITE(PAB)
0304106-TRAT. DE HEMORRAGIA(PAB)/PEQ. PROC. EMERGÊNCIA
0304107-ULOTOMIA(PAB)
1005108-CURETAGEM PERIAPICAL
1005114-EXODONT.MULTIP.C/ALVEOLOPLASTIA P/HEMI-ARC
1005124-REMOÇÃO DENTE RETIDO (INCLUSO/IMPACTADO)

PROCEDIMENTOS PERIODONTAIS

229-REMOCAO CALCULOS E POLIMENTO DENTARIO(PAB)
213-RAP-RASPAGEM,ALISAM./POLIMENT.P/HEMIARC. (PAB)
0302206-RAP-RASPAGEM,ALISAM./POLIMENT.P/HEMIARC. (PAB)
0302207-CURETAG.SUB-GENGIVAL/POLIM.DENT.P/HEMI-ARC
1002103-GENGIVECTOMIA
1002106-RASPAGEM CORONO-RADICULAR POR HEMI-ARCADA
1002107-TRATAM. PERIODONTAL EM SITUAÇÃO EMERGÊNCIA
1002108-CURETAGEM SUBGENGIVAL POR INDIVIDUO

APÊNDICE B – QUADRO SÍNTESE

	CPO-D de 15 a 19 anos	Caracterização do Sistema Municipal de Saúde			Caracterização do modelo de atenção à saúde bucal			
		Habilitação	% PSF	ESB/ESF	1ª consulta	Proc. coletivos	Proc. ambulatoriais	Razão rest./exo
Buerarema	CPO-D 3,84 Composição: C – 61,61% P – 14,04% O – 24,85%	Habilitado em GPAB desde 1998.	Implantação em 2000, alcançando, em 2003, cobertura de 61,56%	Sem ESB.	Registro incoerente em 1999. Nos anos seguintes apresenta tendência decrescente.	Registro apenas em 2002 (inexpressivo).	Produção muito elevada em 1999, apresentando redução da oferta de serviços nos anos seguintes. Crescimento da participação de proc. restauradores e periodontais e diminuição da participação de procedimentos cirúrgicos. Participação inexpressiva de proc. preventivos ao longo do período, principal componente no ano de 2000.	Maior que 1,00 a partir de 2001.
Campo Formoso	CPO-D 7,85 Composição: C – 66,03% P – 17,09% O – 16,87%	Habilitado em GPAB desde 1998.	Município não implantou PSF até dez./2003.	-	Redução entre 1999 e 2001, mantendo-se estável desde então.	Registro apenas em 2002 (inexpressivo).	Redução da oferta de serviços ao longo do período. Participação importante de proc. periodontais desde 1999, apesar de decrescente. Participação crescente de proc. restauradores, acompanhada de redução da participação de proc. cirúrgicos. Principal tipo de proc. realizado no município, em todo o período são os proc. preventivos.	Menor que 1,00 entre 2000 e 2003.
Elsio Medrado	CPO-D 5,27 Composição: C – 56,44% P – 15,51% O – 28,05%	Habilitado em GPAB desde 1999.	Implantação em 2001, alcançando, em 2003, cobertura superior a 100%.	1ª ESB em 2002. Em 2003 possui 1 ESB para cada ESF.	Ampliação da oferta de 1ª consulta ao longo do período.	Registro a partir de 2002, superior à média estadual, sugerindo incoerência no registro, equacionado em 2003.	Ampliação da oferta de serviços no período, com redução superior a 50% entre 2002 e 2003. Participação importante de proc. periodontais desde 1999, contudo, decrescente. Redução da participação de proc. cirúrgicos e aumento dos proc. restauradores e preventivos, ainda que os últimos em menor escala.	Maior que 1,00 apenas em 2002.
Eunápolis	CPO-D 6,04 Composição: C – 58,76% P – 11,03% O – 30,21%	Habilitado em GPAB (NOB 96) desde 1998	Implantação em 2003, alcançando 2003, cobertura de 38,53%	7 ESB em 2002, chegando a 2003 com 8 ESB para 16 ESF (0,5).	Ampliação da oferta de 1ª consulta ao longo do período.	Registro a partir de 2002, crescimento importante em 2003.	Ampliação da oferta de serviços, caminhando para uma homogeneidade dos tipos de serviço ofertados (restauradores, cirúrgicos, periodontais, preventivos).	Maior que 1,00 de 1999 a 2003.
Firmino Alves	CPO-D 5,98 Composição: C – 50,19% P – 25,00% O – 24,81%	Habilitado em GPAB em 1998 e desde 2003 em GPABA.	Implantação em 2003, alcançando cobertura de 3,05%	Sem ESB	Ampliação da oferta entre 1999 e 2000, redução em 2001 e manutenção nos anos seguintes.	Registro apenas em 2002.	Ampliação da oferta de serviços até 2002, com redução em 2003. Apresenta registro de proc. periodontais desde 1999. A maior participação é alternada entre proc. cirúrgicos e periodontais no período. Em 2003, há uma concentração maior de proc. ind. preventivos, que junto com os proc. cirúrgicos representam praticamente 100% da produção.	Menor que 1,00 de 1999 a 2003.
Inhambupe	CPO-D 4,51 Composição: C – 65,00% P – 20,43% O – 14,57%	Habilitado em GPAB desde 1998.	Implantação em 2002, alcançando, em 2003, cobertura de 21,09%	Sem ESB	Sem registro no SIA/SUS.	Registro regular no SIA/SUS a partir de 1999, contudo apresenta redução da produção, sendo esta nula em 2003.	Nos anos em que há registro, estes se concentram em apenas 1 tipo de procedimento.	Não apresenta registro de procedimento restaurador no período

Continua na próxima página.

APÊNDICE B – QUADRO SÍNTESE (continuação)

	CPO-D de 15 a 19 anos	Caracterização do Sistema Municipal de Saúde			Caracterização do modelo de atenção à saúde bucal			
		Habilitação	% PSF	ESB/ESF	1ª consulta	Proc. coletivos	Proc. ambulatoriais	Razão rest./exo
Muquém de São Francisco	CPO-D 3,93 Composição: C – 57,14% P – 18,57% O – 24,29%	Habilitado desde 1998.	Município não implantou PSF até dez./2003.	-	Ampliação da oferta de 1ª consulta ao longo do período.	Registro desde 1999, superior à média estadual, sugerindo incoerência, equacionado em 2003.	Ampliação da oferta de serviços no período e, concentração em proc. cirúrgicos, apesar da participação estar reduzindo e evoluindo para uma distribuição mais homogênea dos vários tipos de serviço.	Maior que 1,00 apenas em 1999.
Salvador	CPO-D 3,81 Composição: C – 40,48% P – 9,92% O – 49,60%	Habilitado em GPAB em 1998 e desde 2003 em GPABA.	Implantação em 2000, alcançando, em 2003, cobertura de 4,01%.	Em 2002, ESB para 20 ESF (0,35). Em 2003, tinha 32 ESB para 44 ESF (0,73).	Registro reduzido a partir de 2000.	Registro apenas em 2003.	O município vem mantendo a média de procedimentos ofertados, com distribuição homogênea dos procedimentos.	Menor que 1,00 de 1999 a 2003.
Serrinha	CPO-D 4,92 Composição: C – 60,16% P – 14,94% O – 24,90%	Habilitado em GPAB em 1998 e desde 2003 em GPABA.	Implantação em 2001, com cobertura de 60,15%. Redução no ano de 2002. Em 2003, cobertura de 21,94%	Sem ESB.	Até 2001 apresenta redução do registro, apresentando ampliação da oferta a partir de 2002.	Registro a partir de 2001, com crescimento importante em 2002 e redução expressiva em 2003.	Ampliação importante da oferta de serviços no período. A maior ênfase passa de proc. cirúrgicos para uma participação semelhante de cirúrgicos e restauradores. Não há registro de proc. periodontais e pequena participação de proc. preventivos.	Maior que 1,00 a partir de 2001.-
Tucano	CPO-D 3,71 Composição: C – 57,85% P – 22,77% O – 19,37%	Habilitado em GPAB em 1998 e desde 2003 em GPABA.	Implantação em 2001, alcançando, em 2003, cobertura de 59,12%	Implantou apenas 1 ESB em 2002. (0,09)	Redução do registro de 1999 a 2002, com leve aumento em 2003..	Registro desde 1999, superior à média estadual, sugerindo incoerência, equacionado em 2003.	Redução da oferta de serviços. Apresenta proc. periodontais desde 1999, com aumento da sua participação ao longo do período	Menor que 1,00 apenas em 2000.

ANEXO A – SB BRASIL – MANUAL DO EXAMINADOR – CÓDIGOS E CRITÉRIOS ESTABELECIDOS PARA CÁRIE DENTÁRIA

5.5.1. Cárie Dentária

Os **códigos** e **critérios** são os seguintes (para decíduos entre parênteses):

0(A) - Coroa Hígida.

Não há evidência de cárie. Estágios iniciais da doença não são levados em consideração. Os seguintes sinais devem ser codificados como *hígidos*:

- manchas esbranquiçadas;
- descolorações ou manchas rugosas resistentes à pressão da sonda CPI;
- sulcos e fissuras do esmalte manchados, mas que não apresentam sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado, ou amolecimento das paredes, detectáveis com a sonda CPI;
- áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa;
- lesões que, com base na sua distribuição ou história, ou exame táctil/visual, resultem de abrasão.

Raiz Hígida. A raiz está exposta e não há evidência de cárie ou de restauração (raízes não expostas são codificadas como "8").

Nota: Todas as lesões questionáveis devem ser codificadas como **dente hígido**.

1(B) - Coroa Cariada.

Sulco, fissura ou superfície lisa apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou de parede ou há uma restauração temporária (exceto ionômero de vidro). A sonda CPI deve ser empregada para confirmar evidências visuais de cárie nas superfícies oclusal, vestibular e lingual. *Na dúvida, considerar o dente hígido.*

Nota: Na presença de cavidade originada por cárie, mesmo sem doença no momento do exame, a FSP-USP adota como regra de decisão considerar o dente *atacado por cárie*, registrando-se **cariado**. Entretanto, este enfoque epidemiológico **não implica admitir** que há necessidade de uma restauração.

Raiz Cariada.

A lesão pode ser detectada com a sonda CPI. Se há comprometimento radicular discreto, produzido por lesão proveniente da coroa, a raiz só é

considerada cariada se há necessidade de tratamento radicular em separado.

Nota: Quando a coroa está completamente destruída pela cárie, restando apenas a raiz, a OMS recomenda que o código "1" seja registrado apenas na casela correspondente à coroa. A FSP-USP indica registrar o código "9" na casela da raiz.

2(C) - Coroa Restaurada mas Cariada.

Há uma ou mais restaurações e ao mesmo tempo uma ou mais áreas estão cariadas. Não há distinção entre cáries primárias e secundárias, ou seja, se as lesões estão ou não em associação física com a(s) restauração(ões).

Raiz Restaurada, mas Cariada.

Idem *coroa restaurada mas cariada*. Em situações nas quais coroa e raiz estão envolvidas, a localização mais provável da lesão primária é registrada como *restaurada mas cariada*. Quando não é possível avaliar essa probabilidade, tanto a coroa quanto a raiz são registradas como *restauradas mas com cárie*.

3(D) - Coroa Restaurada e Sem Cárie.

Há uma ou mais restaurações definitivas e inexistente cárie primária ou recorrente. Um dente com *coroa colocada devido à cárie* inclui-se nesta categoria. Se a coroa resulta de outras causas, como suporte de prótese, é codificada como 7 (G).

Raiz Restaurada e Sem Cárie.

Idem *coroa restaurada e sem cárie*. Em situações onde coroa e raiz estão envolvidas, a localização mais provável da lesão primária é registrada como *restaurada*. Quando não é possível avaliar essa probabilidade, tanto a coroa quanto a raiz são registradas como *restauradas*.

Nota: Com relação aos códigos 2(C) e 3(D), apesar de ainda não ser uma prática consensual, a presença de ionômero de vidro em qualquer elemento dentário será considerada, neste estudo, como condição para elemento restaurado.

4(E) - Dente Perdido Devido à Cárie.

Um dente permanente ou decíduo foi extraído *por causa* de cárie e não por outras razões. Essa condição é registrada na casela correspondente à *coroa*. *Dentes decíduos*: aplicar apenas quando o

indivíduo está numa faixa etária na qual a esfoliação normal não constitui justificativa suficiente para a ausência.

Nota: Nesses casos o código registrado na casela correspondente à raiz é **9** ou **7** (quando tiver um implante no lugar). Em algumas idades pode ser difícil distinguir entre dente não irrompido (código 8) e dente perdido (códigos 4 ou 5). Fazer relações (cronologia da erupção, experiência de cárie etc.) pode ajudar na tomada de decisão.

5(F) - Dente Perdido por Outra Razão.

Ausência se deve a razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas.

Nota: Nesses casos o código registrado na casela correspondente à raiz é "**7**" ou "**9**". O código para decíduos (**F**) nestes casos deverá ser mais utilizado na faixa etária de 18 a 36 meses, uma vez que, a partir dos 5 anos, geralmente o espaço vazio se deve à exfoliação natural e deverá ser codificado como coroa não erupcionada (código "**8**").

6(G) - Selante.

Há um selante de fissura ou a fissura oclusal foi alargada para receber um compósito. Se o dente possui selante e está cariado, prevalece o código **1** ou **B** (cárie).

Nota: Embora na padronização da OMS haja referência apenas à superfície *oclusal*, deve-se registrar a presença de selante localizado em qualquer superfície.

7(H) - Apoio de Ponte ou Coroa.

Indica um dente que é parte de uma prótese fixa. Este código é também utilizado para *coroas instaladas por outras razões que não a cárie* ou para dentes com *facetas estéticas*. Dentes extraídos e substituídos por um elemento de ponte fixa são codificados, na casela da condição da coroa, como **4** ou **5**, enquanto o código **9** deve ser lançado na casela da raiz.

Implante: Registrar este código (**7**) na casela da raiz.

8(K) - Coroa Não Erupcionada.

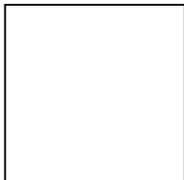
Quando o dente permanente ou decíduo ainda não foi erupcionado, atendendo à cronologia da erupção. Não inclui dentes perdidos por problemas congênitos, trauma etc.

Raiz Não Exposta

Não há exposição da superfície radicular, isto é, não há retração gengival para além da junção cimento-esmalte.

T(T) - Trauma (Fratura).

Parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não há evidência de cárie.

**9(L) - Dente Excluído.**

Aplicado a qualquer dente permanente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias severas etc.).

Nota: Conforme a recomendação da FSP-USP, quando há 5 ou mais dentes com bandas o portador será excluído da amostra. Braquetes, em qualquer número, não inviabilizam os exames e, assim, não constituem obstáculo para aproveitamento do elemento amostral.