GABRIELA CHRISTIEL SOTO ROJAS

INDICADORES DE SAÚDE BUCAL EM FUNÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA: ANÁLISE BASEADA NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Piracicaba
2014

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

GABRIELA CHRISTIEL SOTO ROJAS

INDICADORES DE SAÚDE BUCAL EM FUNÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA: ANÁLISE BASEADA NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Dissertação de mestrado profissionalizante apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do titulo de Mestra em Odontologia em Saúde coletiva.

ORIENTADOR: PROF. DR. ANTONIO CARLOS PEREIRA
CO-ORIENTADORA: PROFA. DRA. LUCIANE MIRANDA GUERRA

Este exemplar corresponde à versão final da dissertação defendida pela aluna Gabriela Christiel Soto Rojas e orientada pelo Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira.

_____
Assinatura do Orientador

Piracicaba
2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

So78i

Soto Rojas, Gabriela Christiel, 1984-
Indicadores de saúde bucal em função da organização da demanda : análise baseada no sistema de informação / Gabriela Christiel Soto Rojas. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Antonio Carlos Pereira.
Coorientador: Luciane Miranda Guerra.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Acesso a serviços de saúde. 2. Indicadores de saúde. 3. Sistema de informação. I. Pereira, Antonio Carlos,1967-. II. Guerra, Luciane Miranda,1970-. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Influence of scheduling clinical dental care on indicators of oral health : analysis based on the information system
Palavras-chave em inglês:
Access to health services
Health indicators
Information system
Área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva
Titulação: Mestra em Odontologia em Saúde Coletiva
Banca examinadora:
Antonio Carlos Pereira [Orientador]
Silvia Helena de Carvalho Sales Peres
Eliel Soares Orenha
Data de defesa: 25-02-2014
Programa de Pós-Graduação: Odontologia em Saúde Coletiva

UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 25 de Fevereiro de 2014, considerou a candidata GABRIELA CHRISTIEL SOTO ROJAS aprovada.

Prof. Dr. ANTONIO CARLOS PEREIRA

Profa. Dra. SILVIA HELENA DE CARVALHO SALES PERES

Prof. Dr. ELIEL SOARES ORENHA

RESUMO

Apesar dos avanços e esforços feitos na implementação de políticas públicas de saúde bucal, ainda persiste a dificuldade no acesso e uso dos serviços odontológicos, como é refletido nos resultados das últimas pesquisas de interesse nacional como a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD) 2008 e SB Brasil 2010, onde grande porcentagem da população refere nunca ter ido ao dentista. São múltiplos os fatores que facilitam ou dificultam o acesso e uso destes serviços, um deles é o modelo de organização da demanda odontológica adotada pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB), a qual deve desenvolver ações que lidem com as necessidades agudas e crônicas dos pacientes. Assim estas ações são registradas por meio dos indicadores no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), para ser avaliadas e monitoradas visando um melhor acesso aos serviços. Nesse contexto, o objetivo do estudo foi analisar a influencia da organização da demanda nos indicadores de saúde bucal, por meio da comparação destes indicadores entre 5 Unidades de Saúde da Família (USF) que trabalham com modelo de demanda espontânea e 5 USF que trabalham com demanda programada em saúde bucal. Todas as USF pertencentes ao município de Piracicaba, foram escolhidas aleatoriamente. Foram coletados os dados secundários da produção odontológica ambulatorial proveniente do SIA e do SIAB, do período de fevereiro até setembro 2013. Os dados coletados de cada USF foram organizados em indicadores, levando em conta a população de cada USF, estes indicadores foram: 1) razão de acessibilidade; 2) razão de urgência odontológica; 3) resolutividade; 4) razão de exodontias por restaurações 5) razão de procedimentos básicos (dentística, periodontia, exodontia) 6) razão de procedimentos preventivos. Aplicou-se o teste t de Student ao nível de significância de 5%. Houve diferenças entre as unidades que trabalham com demanda livre e demanda organizada nos indicadores de razão de urgências, exodontia/restauração e razão de exodontias, sendo estes valores maiores no modelo da demanda espontânea. Conclui-se que o modelo de organização da demanda odontológica adotado pelas ESB nas USF interfere na procura de urgências odontológicas e razão de exodontias.

Palavras-chave: Acesso a Serviços de Saúde. Indicadores de Saúde. Sistema de Informação.

ABSTRACT

Despite advances and efforts in the implementation of public policies for oral health, there remains the difficulty in access to and use of dental services, as reflected in the results of the latest research of national interest such as the National Research by Sample (PNAD) 2008 and SB Brazil 2010 where a large percentage of the population reported having never been to the dentist. There are multiple factors that facilitate or hinder access to and use of these services, one of them is the organizational model adopted by the demand of dental oral health teams (ESB), which should develop actions that address acute and chronic needs of patients. So these actions are recorded by means of the indicators in the Outpatient Information System (SIA) and the Primary Care Information System (SIAB), to be evaluated and monitored to better access to services. In this context, the aim of the study was to analyze the influence of two models of clinical care in oral health indicators, by comparing these indicators between 5 Family Health Units (USF) working with the spontaneous demand model and 5 USF working with scheduled demand model in oral health. All USF are located in Piracicaba and were randomly chosen. Secondary data of daily production spreadsheets were collected from the information system (SIA and SIAB). Data belong to the period from February to September 2013. These data collected from each USF were organized into indicators: 1) accessibility; 2) ratio of dental emergency; 3) solving; 4) reason of extractions/restorations 5) ratio of basic procedures (esthetic dentistry, periodontics, tooth extraction) 6) ratio of preventive procedures. Was applied the Student's t test at a significance level of 5 %. There were differences between the USF working with spontaneous demand model and demand model scheduled, due to indicators of emergency, extraction/restoration and tooth extraction ratio, with higher values in the spontaneous demand model. Concluding that the model of clinical dental care adopted by ESB interferes in seeking emergency dental and extractions reason.

Key-words: Access to Health Services. Health Indicators. Information System.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	xiii
AGRADECIMENTOS	xv
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	xvii
LISTA DE TABELAS	xix
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xxi
1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO DA LITERATURA	6
3 PROPOSIÇÃO	18
4 MATERIAL E MÉTODOS	19
5 RESULTADOS	31
6 DISCUSSÃO	35
7 CONCLUSÃO	44
REFERÊNCIAS	45
ANEXO 1	51
ANEXO 2	52

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meus pais, *Marcia e Carlos* por seu imenso amor e por me guiar pelo caminho do sucesso e me apoiar incondicionalmente.

A minhas irmãs *Jimena e Paola*, pelos gratos e alegres momentos juntas e pela motivação na distancia.

AGRADECIMENTOS

A *Deus*, por iluminar meu caminho e me dar força no dia a dia para superar as dificuldades.

A meus pais, *Marcia e Carlos*, pelo amor, pelo incentivo e apoio incondicional em todos os momentos de minha vida.

Ao Prof. *Antônio Carlos Pereira* por sua orientação objetiva, por acreditar em mim e me mostrar o caminho da ciência.

A Dra. *Dirce Valério da Fonseca*, que prestou preciosas informações para a realização deste trabalho.

A Profa. *Fabiana Lima Vasques*, por sua disponibilidade e apoio na realização deste trabalho.

A Profa. *Luciane Miranda Guerra*, pelo apoio e discussões no desenvolvimento do tema e fazer parte de minha vida nos momentos bons e ruins.

A todos meus amigos do Brasil e Perú, especialmente a *Sandro, Javier, Yerita, Valeria, Anna Carolina*, que em diversos momentos se fizeram presentes com seu apoio, motivação e ajuda incondicional.

A todas aquelas pessoas que fizeram possível a realização deste trabalho e me ajudaram em todos os momentos.

.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Critérios de risco de cárie dentária, doença periodontal e tecidos moles 12

Figura 2 - Fluxo de Organização da demanda da USF Santa Rosa I 21

Figura 3 - Fluxo de Organização da demanda da USF Boa Esperança I 22

Figura 4 - Fluxo de Organização da demanda da USF São Francisco 23

Figura 5 - Fluxo de Organização da demanda da USF Chapadão 24

Figura 6 - Fluxo de Organização da demanda da USF Sol Nascente 25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Razão de acessibilidade, resolutividade e urgências em USF com demanda programada. 31

Tabela 2 - Razão de procedimentos odontológicos de USF com demanda programada. 32

Tabela 3 - Razão de acessibilidade, resolutividade e urgências em USFs com demanda espontânea. 32

Tabela 4 - Razão de procedimentos odontológicos de USF com demanda espontânea. 33

Tabela 5 - Comparação de acessibilidade, resolubilidade e razão de urgências entre as USF com demanda programada e USF com demanda espontânea. 33

Tabela 6 - Comparação de exodontias por restauração e procedimentos odontológicos entre USF com demanda programada e USF com demanda espontânea. 34

Tabela 7 - Comparação de procedimentos preventivos entre USF com demanda programada e USF com demanda espontânea. 34

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS:

APS	-	Atenção Primaria em Saúde
CEO	-	Centro de Especialidades Odontológicas
CEOZINHO	-	Centro de Especialidades Odontológicas para Atendimento Infantil.
PAB	-	Piso da Atenção Básica
PIA	-	Programa de Inversão da Atenção
PNH	-	Política Nacional de Humanização
PNSB	-	Política Nacional de Saúde Bucal
PMAQ	-	Produção e Marcadores para Avaliação Complementar
PSF	-	Programa Saúde da Família
SI	-	Sistema Incremental
SIA	-	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	-	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	-	Sistema de Informação Hospitalar
SUB	-	Serviço de Urgências Bucais
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UPAM	-	Unidade de Pronto Atendimento Médico
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
USF	-	Unidade de Saúde da Família

1 INTRODUÇÃO

Os modelos assistenciais odontológicos desenvolvidos no âmbito público e seus parâmetros de atenção passaram por várias configurações ao longo dos anos e têm sido uma pauta de discussão importante no contexto de oferta de serviços em saúde bucal no Brasil (Nickel, 2008). Antes do período do SUS algumas propostas na prestação de serviços odontológicos de forma diferencial, programada e sistemática tiveram destaque. O Sistema Incremental (SI), implantado na década de 50, foi um dos mais importantes, duradouros e abrangentes desses modelos. Ele atuava com o objetivo de tratar as necessidades acumuladas de uma população definida, nesse caso específico de escolares, através de um programa intensivo e curativo, até o completo tratamento para o posterior controle (Oliveira, 1999).

A partir do SI, outras metodologias surgiram, como o Programa de Inversão da Atenção (PIA). Implantado na década de 80 e destinado à população infantil, buscava a descentralização da atenção curativa clássica, visando à estabilização do meio bucal para a eficácia dos métodos preventivos. Além deste pode-se citar o Programa de Atenção Precoce, contemporâneo ao PIA, que teve como pressuposto a observação de frequentes problemas bucais em pacientes na primeira infância (Zanetti, 1996; Souza e Roncalli, 2007).

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

A partir do movimento pela reforma sanitária ao final da década de 80 que desencadeou o surgimento do SUS, necessitou-se construir uma nova perspectiva, mais

politizada em odontologia e da atenção em saúde bucal conforme os princípios do SUS que se tornaram as tarefas históricas da Saúde Bucal Coletiva. Ocorre neste período expansão da fluoretação das águas de abastecimento público, além da busca da atenção aos adultos com a inclusão da saúde bucal nas unidades básicas de saúde.

Inserido no contexto dos modelos assistenciais de saúde ao longo da história, a saúde bucal, reproduz em linhas gerais seus aspectos, refletindo em suas ações uma prática assistencial excludente, para a qual se opõe um estágio de participação mais ativa nas causas reformistas da arena política (Serra, 1998).

A criação do Sistema Único de Saúde trouxe um grande avanço social e político: seu arcabouço jurídico-institucional definiu novas atribuições para os níveis de governo federal, estadual e municipal; criou novos espaços para a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil e estabeleceu novas relações entre as esferas administrativas de governo e instituições do setor (Zanetti et al., 1996).

Nesse contexto, verifica-se, na nova forma de atuar na saúde, o surgimento do Programa Saúde da Família (PSF) com propostas para mudar toda a antiga concepção de atuação dos profissionais de saúde, saindo da medicina curativa e passando a atuar na integralidade da assistência, tratando o indivíduo como sujeito dentro da sua comunidade socioeconômica e cultural, considerando essa dimensão globalizante (Levcovitz e Garrido, 1996).

O PSF tem como objetivo geral contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população, configurando-se como a porta de entrada do modelo de atenção (Brasil, 1997).

A incorporação oficial do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família aconteceu somente em 2000 dentro de um contexto político, econômico e social favorável. O Ministério da Saúde estabeleceu por meio da Portaria nº.1.444, o incentivo financeiro à inclusão das equipes de saúde bucal no PSF (Brasil, 2000), o que resultou em um grande impulso de sua expansão pelo Brasil.

Entendendo a saúde bucal como integrante desse processo, a sua incorporação ao PSF tem sido vista como possibilidade de romper com os modelos assistenciais excludentes em saúde bucal baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo. Isso porque o PSF, de certa forma, tenta romper com a lógica programática desses modelos, visto que não só articula as propostas da vigilância à saúde baseando-se na integralidade, mas também possui como um de seus princípios a busca ativa de famílias, as quais são consideradas como núcleo social primário (Souza e Roncalli, 2007).

Apesar dos avanços apresentados por essa modalidade de atendimento, verifica-se, ainda, a prevalência dos escolares no desenvolvimento das ações programáticas em saúde. Entretanto, nota-se o desenvolvimento das ações preventivas em detrimento das técnicas exclusivamente curativas e mutiladoras do modelo anterior. Todavia, ainda há modelos em que seus serviços simplesmente atendem às demandas ou que atuem ativamente sobre os usuários. Outros modelos (ou propostas de modelos) podem ser resgatados na literatura em saúde coletiva e todos são, na verdade, tentativas (algumas bem, outras malsucedidas) de implementar o SUS em nível municipal. (Paim, 1999)

Em vários municípios é um problema a organização da demanda que na maioria das vezes é voltada apenas ao atendimento da demanda espontânea. Geralmente são municípios com baixo índice de desenvolvimento Humano (IDH) nos quais praticamente a grande maioria da população depende do serviço público de saúde ofertado. Com a inserção dos serviços de saúde bucal nas Equipes de Saúde da Família, alguns municípios montaram suas equipes, mas não planejaram, ficando assim atrelados ao atendimento clínico da demanda espontânea da população sem a priorização. (Pimentel et al., 2012)

De acordo com o Ministério da Saúde, um dos principais problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde bucal é a organização da demanda, em especial nas atividades assistenciais, o que deve ser amplamente discutido entre usuários e trabalhadores de saúde. (Brasil, 2008)

Reorganizar a Atenção Básica em saúde bucal, principalmente por meio do Programa Saúde da Família, ampliar e qualificar a Atenção Especializada por meio da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, são uma das principais linhas de ação do programa Brasil Sorridente,

destacando os objetivos de universalizar o acesso à saúde bucal, com o avanço na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo. O programa planeja garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que é fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população (Brasil, 2004).

Mas, no Brasil, apesar dos avanços recentes, gerados por políticas públicas implementadas nos últimos anos, tais como a inclusão da equipe de saúde bucal no programa de saúde da família e implantação dos centros de especialidades odontológicas (CEO) pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2002), ainda são necessários esforços para que seja efetivada uma política ampla capaz de reduzir desigualdades sociais no acesso, num processo do cuidado e na avaliação dos resultados epidemiológicos da área de saúde bucal. A problemática da demanda pública dos serviços odontológicos ainda é elevada.

Assim, em 2003, a pesquisa nacional por amostra de domicílio (PNAD) mostrou que 15,7% dos entrevistados nunca haviam ido ao dentista. Apesar dos esforços feitos nos últimos anos a disparidade entre ricos e pobres no acesso aos serviços de saúde bucal é alta. Enquanto 31% das pessoas com rendimento mensal familiar de até um salário mínimo afirmaram nunca ter feito uma consulta odontológica, essa proporção caiu para 3% entre os que tinham rendimento mensal familiar superior a vinte salários mínimos. A redução no número de pessoas que nunca haviam ido ao dentista foi maior entre os residentes de áreas rurais, cujo percentual passou de 32% para 28% e na classe de rendimento mensal familiar até um salário mínimo, que passou de 36% para 31% (IBGE, 2005). Outros dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008 apontam que 11% da população continuavam sem nunca terem ido ao dentista. Desses indivíduos, 83% eram pertencentes à classe com rendimento mensal domiciliar per capita menor do que um salário mínimo, ou seja, grupos possivelmente dependentes do sistema público para seu atendimento (IBGE, 2009).

Portanto, parece estar claro que o problema reside, entre outras razões, no modelo de prestação de serviços. A oferta de serviços públicos de Odontologia, no mais das vezes, reproduz o modelo ineficaz e de baixo impacto da prática privada com ênfase em atividades restauradoras. Um importante aspecto na implantação de qualquer modelo de atenção em saúde bucal é a organização da demanda. Historicamente, a Odontologia no campo da

saúde Coletiva tem experimentado diversas fórmulas de organização da demanda, as quais, em sua maioria, trabalham a partir de grupos priorizados ou de demanda espontânea (Zanetti et al., 1996; Oliveira et al., 1999).

Nesse contexto, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem garantir mecanismos que assegurem a acessibilidade e o acolhimento dos usuários com uma lógica organizacional que otimize este princípio, empenhando-se em construir estratégias que promovam mudanças na rotina dos serviços. (Brasil, 2006)

Apesar disso, são constantes as reclamações de usuários quanto a dificuldade de acesso a algumas UBS devido a inexistência de um sistema de agendamento de consultas pré-estabelecido que permita a organização da demanda agendada e o estabelecimento de vagas para atendimento à demanda livre diária. Isso implica pressão da demanda sobre a equipe, gerando estresse; dificuldade de administrar situações em que pacientes, após triagem são encaminhados para uma lista de espera sem previsão para atendimento especializado; falta de resolutividade do Pronto Atendimento e dificuldade do profissional em dividir o tempo entre este e o programado. Tudo isso, gera formação de filas em horários inconvenientes, prejuízo ao bem estar da população e no comprometimento do propósito de longitudinalidade preconizado para a Estratégia de Saúde da Família (ESF), visto que, pela dificuldade de acesso, o usuário não retorna ao serviço corretamente, além de estimular práticas ilegais como o comércio de lugares na fila de espera de marcação.

Diante do exposto, esta pesquisa se justifica pela existência de grande demanda em saúde bucal e a impossibilidade de atendimento individual a toda a população, sendo importante analisar o desempenho dos fluxos de organização da demanda mediante os indicadores em saúde bucal, para avaliar a efetividade e eficiência em responder as necessidades de atenção odontológica das pessoas e proporcionar maior acesso, como também detectar as falhas ou adoecimentos desses fluxos para propor novos protocolos que reorientem o processo de trabalho, procurando auxiliar no planejamento de ações e estratégias que visem maior acesso e cobertura dos serviços e conseqüente redução de doenças.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL

No cenário do sistema de saúde brasileiro, no nível das macropolíticas, vigora até hoje, de forma hegemônica, os modelos médico-assistencial privatista e assistencial sanitarista em disputa com outros modelos ditos alternativos, que incorporam a nível micro, métodos, técnicas e instrumentos provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde. O modelo médico-assistencial privatista se enfatiza na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, enquanto que o modelo assistencial sanitarista, em campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária. (Teixeira et al., 1998)

Dessa maneira, outros modelos de atenção, alternativos ao modelo assistencial hegemônico, buscam se desenvolver com base em ações de promoção da saúde e do novo paradigma da saúde centrado na qualidade de vida pela incorporação de métodos e técnicas da epidemiologia, planejamento e ciências sociais em saúde, tais como o modelo de Vigilância da Saúde (Ferreira et al.,2011). Um exemplo disso é o desenvolvimento da estratégia da Saúde Bucal Coletiva, centrada nos princípios do SUS e com ênfase no paradigma da Promoção da Saúde.

A atenção à saúde bucal não se delimita somente ao campo da assistência odontológica individual, mas busca alcançar, por meio de ações coletivas internas e externas ao setor saúde, outros grupos populacionais a fim de promover a manutenção de sua saúde. Tais ações podem ser desencadeadas e coordenadas externamente ao próprio setor saúde (geração de empregos, renda, habitação, saneamento, lazer etc.) e mesmo internamente à área odontológica (difusão em massa de informações, ações educativas, controle de dieta, controle de placa etc.) (Gherunpong, 2006).

A saúde bucal em todos os níveis de atenção deve ser norteada pelo conceito de cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas sobretudo, na promoção de boa qualidade

de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais. (Brasil, 2004).

O cuidado em saúde pode ser visto como um encontro entre sujeitos onde se busca a compreensão de necessidades expressas ou passíveis de tradução e, em seguida, uma atitude prática e objetiva com fins terapêuticos. Pressupõe a abordagem integral do processo saúde/doença, exige saberes e tecnologias de vários campos do conhecimento, pressupõe a participação integrada de diferentes profissionais, considera o usuário como sujeito social e como sujeito de seu próprio processo terapêutico, valorando a participação social. Assim, o cuidado ofertado por um sistema de saúde guarda relação com a qualidade das práticas profissionais que aí se desenvolvem, a organização interna dos serviços de saúde e a organização sistêmica. Nos serviços de saúde, o encontro entre a equipe e o usuário se constitui no espaço singular onde se poderia alcançar a integralidade da atenção a partir da identificação das necessidades de saúde, ferramenta essencial para a construção de um cuidado em saúde mais humanizado e qualificado (Brasil, 2004).

Neste sentido, a avaliação de necessidades de cuidado em saúde tem como objetivo levantar as informações necessárias e utilizar os recursos de maneira eficiente e objetiva para trazer mudanças benéficas à saúde da população a partir da compreensão de suas necessidades e estabelecer prioridades de forma a promover a equidade em saúde, entendida como a superação de desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas (Brasil 2004). Pelo processo de descentralização, que possibilita maior autonomia local e reorganização dos microespaços de saúde, os serviços de saúde podem trabalhar no sentido de implementar ações que busquem a equidade na atenção à saúde através do levantamento e reconhecimento das necessidades dos usuários. (Lucchese, 2003)

Starfield (2004) refere que a atenção primária oferece a entrada no sistema de saúde para as novas necessidades e problemas, fornece continuidade na atenção ao indivíduo, coordena e integra a atenção oferecida em outro local ou por terceiros. Não existem fórmulas para organizar a demanda, mas existem caminhos possíveis de superação das filas

e construções de acesso aos serviços que precisam ser amplamente discutidas nas localidades, por conta das diferenças em cada microespaço, olhando as próprias necessidades em saúde (Santos, 2011). Assim, a atenção primária orienta o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, organiza e racionaliza o uso dos recursos, básicos e especializados, direcionados para a promoção, melhora e manutenção da saúde.

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

O princípio constitucional de justiça social nos serviços de saúde pode ser traduzido em igualdade no acesso entre indivíduos socialmente distintos. Acesso expressa características da oferta que facilitam ou obstruem a capacidade das pessoas usarem serviços de saúde quando deles necessitam. Barreiras de acesso originam-se das características dos sistemas e dos serviços de saúde. A disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, a disponibilidade e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação sobre o sistema são características da oferta que afetam o acesso. (Van Doorslaer, 1993).

O padrão de equidade no acesso varia muito entre países com seguro público, comparativamente aos países com sistemas estruturados com base em seguros privados (Van Doorslaer, 1993).

Segundo Matumoto (1998), o acesso aos serviços é a primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde. A partir das relações que se estabelecem no atendimento, surge o acolhimento relacionado à utilização dos recursos disponíveis para a solução dos problemas dos usuários. Com base nos autores citados, entende-se por acesso a distância da unidade de saúde e o local da moradia do indivíduo, tempo e meios utilizados para o deslocamento, dificuldades a enfrentar para a obtenção do atendimento (filas, local e tempo de espera), tratamento recebido pelo usuário, priorização de situações de risco, urgências e emergências, respostas

obtidas para as demandas individuais e coletivas, além da possibilidade de agendamento prévio.

Segundo Starfield (2002), acessibilidade refere-se às característica da oferta, e o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. A forma como as pessoas percebem a disponibilidade de serviços interfere na decisão de procurá-los.

Alguns autores, como Donabedian (1973), empregam o substantivo acessibilidade – caráter ou qualidade do que é acessível –, enquanto outros preferem o substantivo acesso – ato de ingressar, entrada – ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. Assim para o mesmo autor, a acessibilidade é um dos aspectos da oferta de serviços relativos à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população, também distingue duas dimensões da acessibilidade: a sócio-organizacional e a geográfica e indica que essas dimensões se inter-relacionam.

Acessibilidade sócio-organizacional ou funcional inclui todas as características da oferta de serviços, exceto os aspectos geográficos, que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas no uso de serviços. Por exemplo: políticas formais ou informais que selecionam os pacientes em função de sua condição social, situação econômica ou diagnóstico. São obstáculos que se originam nos modos de organização dos serviços de saúde. Os obstáculos podem estar na entrada ou no interior dos Serviços de Saúde, os primeiros são relativos aos aspectos que caracterizam o contato inicial com o serviço, tais como demora em obter uma consulta, tipo de marcação, horário e turnos de funcionamento. Os segundos se referem às características que interferem na assistência do indivíduo dentro do serviço de saúde, como é o caso do tempo de espera para ser atendido ou para fazer exames laboratoriais. Devem também ser considerados os obstáculos que surgem na continuidade da assistência, têm-se como exemplos os mecanismos de referência e contra-referência, bem como o grau de hierarquização das redes de serviços de saúde (Fekete, 1995).

Com vistas a melhorar a acessibilidade do usuário e a escuta dos profissionais, não são suficientes ações normativas, burocráticas nem discursivas. Deverão ser implantadas as práticas e processos de acolhimento. Além disso, apesar de ser útil e até necessária em

alguns tipos de unidades, não basta ter uma sala de acolhimento, por exemplo, e é equivocado restringir a responsabilidade pelo ato de acolher aos trabalhadores da recepção (ou a qualquer trabalhador isoladamente), pois o acolhimento não se reduz a uma etapa nem a um lugar. Também é insuficiente fazer a escuta da demanda espontânea no início do turno de atendimento e retomar um conjunto de barreiras para um usuário que, eventualmente, chegue fora do horário estipulado para o funcionamento do acolhimento. Assumir efetivamente o acolhimento como diretriz é um processo que demanda transformações intensas na maneira de funcionar a atenção básica, deve acontecer em todos os locais de trabalho para que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário – centrada, garantido por uma equipe multiprofissional, nos atos de receber, escutar, orientar, encaminhar e acompanhar considerando o usuário em sua integralidade bio-psico-social. (Brasil, 2012)

Para a garantia do atendimento equânime, deve se organizar a demanda trazidas à unidade pelos usuários, levando em conta a classificação de riscos.

Friedrich e Pierantoni (2006) definem como demanda programada aquela que é agendada previamente, ou seja, toda demanda gerada de uma ação prévia à consulta, sendo um importante instrumento de ação quando se trata de um serviço que compõe a rede de Atenção Primaria em Saúde (mais comumente conhecida como atenção básica) pautada em ações preventivas.

Demanda espontânea é qualquer atendimento não programado na unidade de saúde, representa uma necessidade momentânea do usuário, pode ser uma informação, um agendamento de consulta, uma urgência ou uma emergência. (Silva, 2005)

Atualmente, podem-se encontrar sinteticamente, diversas modalidades de acesso como: urgências, encaminhamentos internos (trabalhadores da própria unidade fazem a solicitação para o atendimento), agendamento de crianças realizado nas escolas após triagem, agendamento nas microáreas realizado pelo ACS (idosos, gestantes, portadores de necessidades especiais, portadores de patologias crônicas). A diversidade encontrada revela as várias facetas de um mesmo problema – dificuldade no acesso ao serviço de saúde bucal (Santos, 2011). Nesse sentido a ESF com a função de reorganizar o acesso do usuário ao sistema, dispõe de outra realidade no que se refere à organização da demanda programada, assim para subsidiar aos profissionais no planejamento da atenção na ESF e qualificar a

organização da atenção à saúde bucal, as Diretrizes das Políticas de Saúde Bucal (Brasil, 2004) apontam formas de inserção como: a) por linha de cuidado e b) por condição de vida.

Tem sido cada vez mais comum a adoção de protocolos de estratificação de risco em Saúde Bucal como uma ferramenta fundamental para o planejamento de ações coletivas e de assistência, propiciando assim a equidade na Atenção em Saúde. (Vasconcelos,s.d.)

Os fatores de risco são atributos de um grupo que apresenta maior incidência de uma dada patologia, em comparação com outros grupos populacionais. Esse grupo exposto aos riscos reúne características que possibilitam o desenvolvimento de determinado agravo, mas não o condicionam. A avaliação do risco em Saúde Bucal é uma ferramenta fundamental para o planejamento de ações coletivas e de assistência, propiciando assim a equidade na Atenção em Saúde. Estes riscos são (Brasil, 2010):

• Risco coletivo: considera os determinantes socioeconômicos e culturais do saúde-doença.

• Risco familiar: considera a forma de organização, hábitos comportamentais e culturais e relações sociais estabelecidas pelas famílias. Em alguns instrumentos de risco pode ser utilizada a Escala de Coelho, instrumento de estratificação de risco familiar que, aplicado às famílias adscritas a uma equipe de saúde, pretende determinar seu risco social e de saúde refletindo o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar. Utiliza dados presentes na Ficha A SIAB e outros disponíveis na rotina das equipes de Saúde da Família (Coelho e Savassi, 2004)

• Risco individual: Figura 1. Considera os determinantes biológicos do Processo saúde-doença.(São Paulo, 2001):

- Baixo risco: sem sinais de atividade de doença
- Risco moderado: sem sinais de atividade de doença mas com historia pregressa de doença.
- Alto risco: com presença de atividade de doença, com ou sim historia pregressa de doença.

	Critérios de risco de cárie (Secretaria Estadual de Saúde - SP 2001)	Critérios de risco de periodontal (Secretaria Estadual de Saúde - SP - 2001)	Classificação do individuo segundo critérios de risco para
Baixo risco	A - Sem historia de carie - CEO e CPOd =0)	0 - Periodonto sadio	0 - indivíduos com tecidos moles sadios
		X - ausência de dentes no sextante	
Risco moderado	B - Dentes restaurados . Sem doença ativa	1- gengivite	1 - individuo com lesões suspeitas em tecidos moles (bordas regulares e coloração esbranquiçada ou qualquer
		2 - presença de cálculo dental	
	C - Cavidades crônicas, manchas brancas inativas, sem doença atual.	B - seqüela de doença periodontal anterior	
Alto risco	D - Muita placa, mancha branca ativa	6- elemento com calculo subgengival (visível	2 - individuo com lesões de alto risco (bordas irregulares e coloração avermelhada ou
	E - uma ou mais cavidades de cárie aguda	8 - Elemento com mobilidade irreversível e perda de função	
	F -presença de dor ou abscesso		

Figura 1. Critérios de risco de cárie dentária, doença periodontal e tecidos moles.

A triagem odontológica tem o objetivo de identificar a parcela da população que esteve mais exposta aos fatores de risco que concorrem para o maior aparecimento de doenças bucais, tais como cárie e doença periodontal, e da presença ou não de alterações da normalidade em tecidos moles, e/ou possui algum grau de atividade dessas doenças em curso. A proposta é estratificar as famílias segundo tais critérios e convidá-las para tratamento odontológico com base em seus componentes, respeitando o princípio doutrinário da equidade do SUS. Essa ação norteia a organização da assistência odontológica programática ao público mais vulnerável que, aliado a uma boa retaguarda na produção de respostas adequadas à demanda espontânea, gera oportunidades para uma avaliação positiva da população adstrita em função da qualidade da atenção promovida (Mendes-Golçalves, 1992).

Estes protocolos, e suas respectivas escalas de risco, podem ser uma referência, mas exigem, de forma bastante evidente, a combinação do olhar além dos riscos, mas também das vulnerabilidades. A presença de condições geradoras de grande vulnerabilidade (riscos sociais ou subjetivos) pode requerer intervenções no mesmo dia, agendamento para data próxima ou construção de projeto terapêutico singular em curto prazo, mesmo com risco biológico baixo. (Brasil, 2012)

2.2 INDICADORES DE SAÚDE BUCAL

Os Indicadores de saúde são formas numéricas ou não, obtidos a partir dos Sistemas de Informação, como saídas a partir dos dados coletados, utilizados para se mensurar as atividades realizadas, ou o grau de risco de um evento ou agravo à saúde, e para atribuir valor a dados ou aspectos da realidade que se deseja conhecer, quantitativa ou qualitativamente, e, a partir desse conhecimento, intervir para alcançar metas e objetivos (Brasil, 2013).

Para que um diagnóstico de saúde coletiva seja realizado, é necessário o uso de instrumentos denominados indicadores de saúde, os quais são obtidos por meio de dados coletados por um sistema de informação. Esse sistema de informação em saúde deve apresentar confiabilidade. Segundo Narvai (1996), os instrumentos de avaliação mais comumente utilizados na prática odontológica em saúde pública podem ser agrupados de diferentes formas e utilizados em diferentes níveis do sistema de saúde. Cada indicador tem como referência o desempenho de alguém (uma base: um profissional de saúde, uma equipe de saúde, uma unidade de saúde, um estado, um país), num determinado espaço (área geográfica, grupo populacional etc.), num momento definido (um mês, um ano). Eles podem ser:

- **Indicadores do modelo de atenção**: relativos à programação e ao enfoque de risco, indicam o grau de integralidade das ações. Por exemplo: ênfase em ações coletivas na Saúde Bucal; ênfase em prevenção na assistência; ênfase em serviços especializados; espaços sociais com procedimentos coletivos.
- **Indicadores da eficiência**: relacionados à utilização dos recursos humanos e materiais e aos custos das ações e serviços. Por exemplo: duração do atendimento; custos do atendimento; composição dos custos.
- **Indicadores da efetividade**: expressam o grau de acessibilidade às ações e serviços, a cobertura e a satisfação/insatisfação dos usuários, bem como os tipos de serviços oferecidos e a produção e utilização dos recursos existentes. Por exemplo: indicadores de ações coletivas; ações individuais; urgências; acesso à assistência; consultas por

tratamento completado (TC); concentração; rendimento; atrição; utilização da capacidade instalada.

• **Indicadores da eficácia**: referem-se à qualidade das ações e serviços e seu impacto nos níveis de Saúde Bucal da população. Por exemplo: Metas da OMS 2000 e 2010; prevalência da cárie dentária; OMS – FDI; porcentagem de redução dos índices CPO-D, CEO, CPI, Dean, DAI).

2.3 SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Na medida em que os procedimentos são feitos, estes deverão ser avaliados e monitorados por meio de indicadores para acompanhar a situação local de saúde e analisar o impacto das ações em saúde bucal por meio de indicadores de efetividade, eficácia e eficiência (Longhi, 2008).

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

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

A apropriação de informações obtidas de banco de dados secundários de produção amplia a capacidade de análise da gestão sobre os planejamentos no território, permite a identificação de modelos de Atenção, alocação de recursos, ordenação de programas de saúde, visualização do acesso e utilização do serviço, confrontando com as realidades e vulnerabilidades sociais (Lessa, 2010).

Na saúde bucal, dois sistemas são amplamente utilizados para registro de atividades em saúde bucal: SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais; SIAB - Sistema

de Informação da Atenção Básica (Barros e Chaves, 2003). A utilização do sistema de informação ambulatorial, SIA-SUS, é proposta para a análise quantitativa da descentralização das ações de saúde. Dessa forma, a consulta ao SIA-SUS permite um acompanhamento da programação da produção ambulatorial odontológica e a construção de alguns indicadores quantitativos das ações desenvolvidas, orientando a avaliação da organização da saúde bucal nos municípios (Brasil, 2013).

O SIA – SUS oferece aos gestores estadual e municipal de saúde, em conformidade com as normas do Ministério da Saúde, instrumentos para operacionalização das funções de cadastramento, controle orçamentário, controle e cálculo da produção e para a geração de informações necessárias ao Repasse do Custeio Ambulatorial (RCA).

Para fins de avaliação de ênfase em determinado tipo de ação, os procedimentos odontológicos foram classificados em seis grandes grupos (Brasil, 2006), conforme a tabela de procedimentos ambulatoriais do SIA-SUS:

- ✓ **Grupo 1: 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 ano e por paciente).
- ✓ **Grupo 2**: **Procedimentos coletivos** – conjunto de procedimentos de promoção e prevenção em saúde bucal, de baixa complexidade, 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.
- ✓ **Grupo 3: 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.
- ✓ **Grupo 4: Procedimentos restauradores** – capeamento pulpar direto e indireto; selamento de cavidade com cimento provisório; restaurações de compósito, silicato,

resina fotopolimerizável, amálgama ou cimento de ionômero de vidro em dentes decíduos ou permanentes.

- ✓ **Grupo 5: 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.
- ✓ **Grupo 6: Procedimentos periodontais** – procedimentos de raspagem, alisamento e polimento coronário ou radicular; curetagem subgengival; gengivectomia; e tratamento periodontal em situação de emergência.

O sistema de informação da atenção básica – SIAB, é um sistema aplicativo para gestão e avaliação do risco relativo à ocorrência de surtos ou epidemias na população, ou no controle e prevenção de doenças (Brasil, 2013). Consiste na inclusão de campos que complementam as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde no âmbito da atenção básica, principalmente algumas atividades que são realizadas em saúde bucal e mental (Brasil, 2011). O registro do sistema do SIAB é para atender as necessidades de monitoramento e avaliação por meio de indicadores de saúde e juntamente com a avaliação *in loco* das equipes, viabilizarem a certificação de qualidade dos serviços e equipes de Atenção Básica (Barros e Chaves, 2009).

Quanto à Saúde bucal será registrado tanto os encaminhamentos realizados para a área especializada da saúde bucal, como diagnóstico de alteração da mucosa, informação de grande importância epidemiológica para a área. O relatório do SIAB (Brasil, 2011), consolida os tipos de atendimentos do cirurgião dentista, realizados na população residente da área de abrangência da equipe, e registra:

- ✓ Primeira consulta odontológica programática: avaliação das condições gerais de saúde e realização de exame clínico odontológico com finalidade de diagnóstico e elaboração de um plano preventivo terapêutico. Implica registro das informações em prontuário. Recomenda-se uma consulta por ano por pessoa.
- ✓ Escovação dental supervisionada: escovação realizada com grupos populacionais sob orientação e supervisão de um o mais profissionais de saúde. Deve ser registrado, a cada mês o numero de pessoas beneficiadas com essa ação. Deve-se priorizar a

expansão da cobertura dessa ação para diferentes grupos populacionais do que repetir a ação para os mesmos beneficiários.

- ✓ Tratamento concluído: consulta que encerra um período de tratamento previsto no plano preventivo-terapêutico. São consideradas consultas com alta e correspondem ao denominado Tratamento Completado, ou seja, realizou todas as ações que se propôs a realizar no plano preventivo-terapêutico
- ✓ Urgência: atendimento prestado a pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas que são acolhidos nas Unidades Básicas de Saúde, sem agendamento prévio, onde recebem atendimento e tem sua necessidade assistencial atendida.
- ✓ Atendimento a gestantes: consiste no registro da primeira consulta odontológica realizada em gestantes, visando proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.
- ✓ Instalações de próteses dentarias: é a instalação de aparelho de prótese total maxilar, prótese total mandibular, prótese parcial maxilar ou prótese parcial mandibular.
- ✓ Encaminhamento para atenção secundária em saúde bucal: consiste na realização de encaminhamentos, quando pertinente, para unidades de referência da atenção especializada em saúde bucal, como endodontia, periodontia, cirurgia oral, estomatologia, prótese dentaria, implantodontia, ortodontia entre outros.
- ✓ Diagnóstico de alteração na mucosa: consiste em detectar alterações na mucosa bucal encontradas durante exames bucais de rotina ou campanhas. Essas alterações podem ser processos proliferativos não neoplásicos, neoplasias benignas, neoplasias malignas, doenças infecciosas, doenças muco cutâneas e manifestações bucais de doenças sistêmicas.

É importante o acompanhamento sistemático dos resultados a cada mês, de modo a orientar a programação das atividades dos profissionais a fim de que as metas sejam alcançadas. Por outro lado, e também é necessária a existência de indicadores de resultado e que permitam a realização de uma avaliação qualitativa do desempenho das equipes de saúde bucal (Padilha et al., 2005).

3 PROPOSIÇÃO

Comparar os indicadores de saúde bucal em Unidades de Saúde da Família que trabalham com demanda espontânea frente a Unidades de Saúde da Família que trabalham com demanda programada em saúde bucal, na cidade de Piracicaba, SP, Brasil.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Aspectos éticos e legais

Este estudo utilizou dados secundários de domínio público, sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba/UNICAMP e aprovado. Este foi conduzido de acordo com os preceitos determinados pela Resolução nº. 196, de 10/10/1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, e pelo Código de Ética Profissional Odontológica, segundo a Resolução CFO 42/2003, de 20.05.2003 (ANEXO 1).

4.2 Caracterização do local do estudo

O estudo foi realizado no município de Piracicaba/SP, composta por 368.843 habitantes (segundo dados do IBGE/2009), distribuídos em 63 bairros.

Piracicaba está localizada em uma das regiões mais desenvolvidas e industrializadas do Estado de São Paulo, sua economia está historicamente vinculada à produção agrícola e industrial, com destaque para os setores sucroalcooleiro e metal-mecânico. Piracicaba tem uma herança sócio-territorial marcada por altos graus de exclusão social; apresenta uma realidade típica que marca a maioria das cidades brasileiras, onde se concentram grandes demandas por melhores condições habitacionais, empregos, serviços e equipamentos básicos de educação e saúde, dentre outras. Sem dúvida, as cidades trazem o lado mais terrível da atual realidade brasileira caracterizada por traços profundos de desigualdades sócio-territoriais, com padrões injustos de apropriação das riquezas sociais produzidas coletivamente (Ipplap,2013).

4.3 Universo da pesquisa

A rede pública de saúde em Piracicaba é composta por 57 Unidades de Saúde, sendo 34 Unidades de Saúde da Família (USF) e 23 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 01 Centro de Especialidades Médicas, 02 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), 04 Unidades de Pronto Atendimento Médico (UPAM) e 01 Unidade de Pronto Atendimento

Odontológico (SUB – Serviço de Urgências Bucais), 01 Policlínica e 02 hospitais de referência.

O serviço odontológico no município está inserido em 13 Unidades de Saúde da Família módulo I (cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal) e em 17 Unidades Básicas de Saúde, onde 6 das UBS contavam com auxiliar, 5 passaram a contar a partir do final de 2009 e as demais 6 contam apenas com o cirurgião-dentista. Os Centros de Especialidades Odontológicas atendem as especialidades de endodontia, periodontia, cirurgia buco-maxilo, odontopediatria, dentística, pacientes especiais e atendimento de bebês de 0 a 4 anos em anexo ao CEO.

4.4. Tamanho da amostra:

Foram escolhidas de forma aleatória 10 Unidades de Saúde da Família que têm Equipe de Saúde Bucal, das quais 5 USF trabalham com um modelo de demanda programada em saúde bucal e 5 USF trabalham com demanda espontânea. A informação dos indicadores de atenção básica em saúde bucal foi fornecida pela Coordenadoria de Saúde Bucal da Secretaria Municipal da Saúde do município de Piracicaba.

4.5 Critérios de seleção do estudo

4.5.1 Critérios de inclusão

- ✓ Foram inclusos as Unidades de atenção básica inseridas no PSF
- ✓ Unidades de atenção básica que tem Equipe de Saúde Bucal
- ✓ Unidades de Saúde da família que trabalhem com demanda programada em saúde bucal
- ✓ Unidades de Saúde da Família que trabalhem com demanda espontânea em saúde bucal.

4.5.2 Critérios de exclusão

- ✓ Unidades Básicas de Saúde,
- ✓ Unidades de Saúde da Família que não tem Equipe de Saúde bucal

4.6 Características gerais da população estudada

4.6.1 Unidades de Saúde que trabalham com modelo de demanda programada:

A. Unidade de Saúde da Família Santa Rosa I

- ✓ **População:** a população é constituída de 3200 pessoas que conformam 800 famílias.
- ✓ **Conformação da equipe de saúde bucal:** 2 dentistas, 1 auxiliar de saúde bucal (ASB).
- ✓ **Número de períodos de atendimentos:** 8 períodos por semana
- ✓ **Fluxo de Organização da demanda:** Figura 2. A organização é baseada na avaliação do risco social das famílias, usando a escala de Coelho. As famílias de risco social III e II passam por uma triagem odontológica, e as de alto e médio risco odontológico são agendadas para atendimento. De outro lado também é feito triagem para os grupos prioritários e nas escolas. A assistência clínica além de ser desenvolvida na unidade, também é ativado o sistema de referência e contra-referência ao CEO e CEOZINHO, se for o caso. Após o tratamento concluído, os pacientes são acompanhados pelos ACS ou ASB. Existe horário de atendimento para urgências, fora do qual o paciente é acolhido, sendo que, se for urgência, é realizado encaminhamento para o CEO, se não for urgência, o paciente é agendado para receber assistência clinica outro dia.

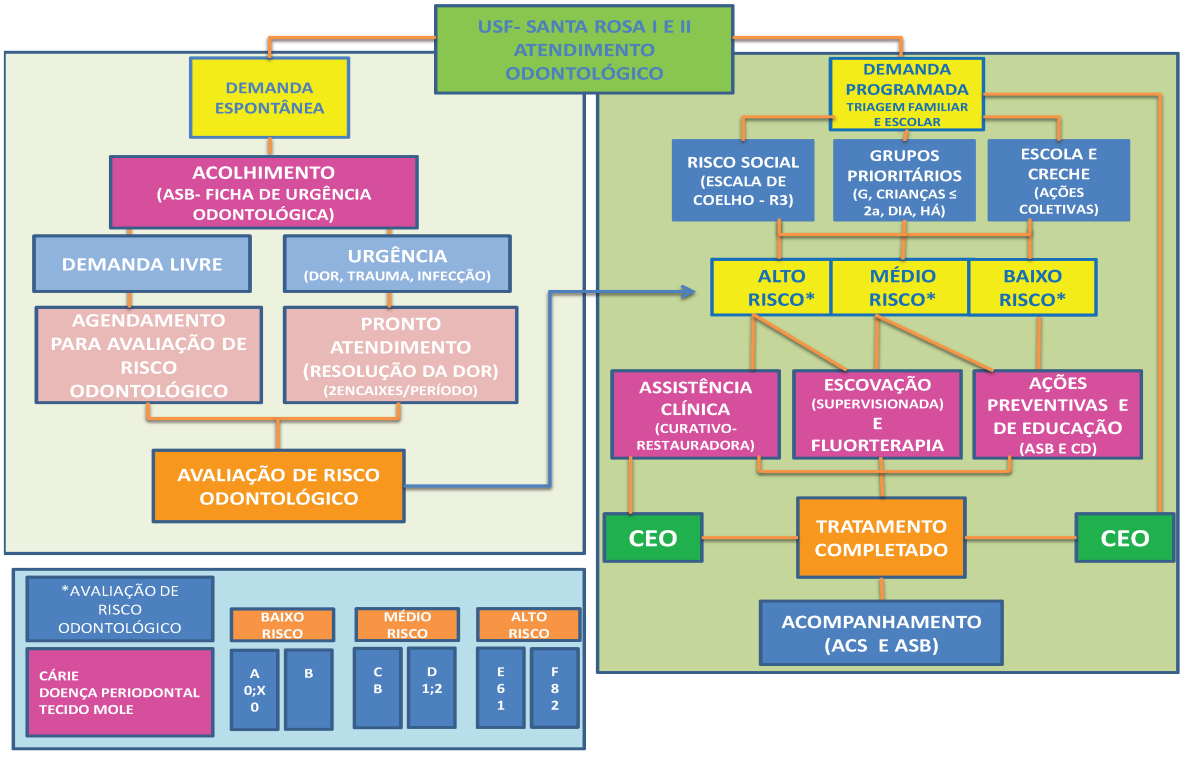

Figura 2 - Fluxo de Organização da demanda da USF Santa Rosa I

B. Unidade de Saúde da Família Boa Esperança I

- ✓ **População:** A população coberta pela USF Boa Esperança I é constituía, de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), de 4000 pessoas que constituem 1071 famílias, distribuídas em 6 microáreas.
- ✓ **Conformação da equipe de saúde bucal:**, 2 dentistas, 1 ASB.
- ✓ **Número de períodos de atendimentos odontológico:** 8 períodos por semana.
- ✓ **Fluxo de Organização da demanda:** Figura 3. A organização está baseada na triagem de famílias avaliadas pela escala de Coelho e também aos grupos de gestantes, diabéticos, hipertensos, e também nas escolas. As pessoas de maior risco odontológico são programadas para atendimento, e participam junto às pessoas de menor risco nas ações educativas e preventivas. Se houver necessidade de atendimento secundário, os pacientes são encaminhados ao CEO. No caso da demanda espontânea, se for aguda é atendida dentro do horário programado para urgências, fora do qual é encaminhado ao pronto socorro. A demanda não aguda é acolhida e programada para atendimento, segundo risco.

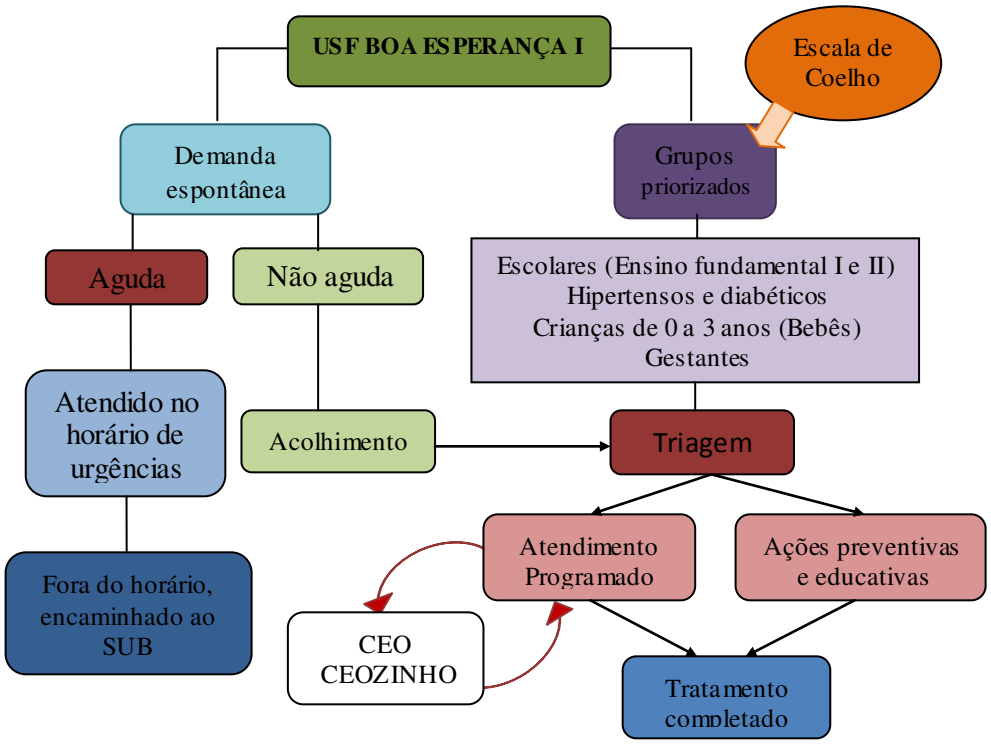

Figura 3 - Fluxo de Organização da demanda da USF Boa Esperança I

C. Unidade de Saúde da Família São Francisco

- ✓ **População:** A população coberta pela USF São Francisco, é constituída, de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), de 3954 pessoas que constituem 1103 famílias, distribuídas em 6 microáreas,
- ✓ **Conformação da equipe:** 2 dentistas e 1 ASB.
- ✓ **Número de períodos de atendimentos odontológico:** 8 períodos por semana.
- ✓ **Fluxo de Organização da demanda:** Figura 4. A demanda está organizada baseada na triagem odontológica para famílias de alto risco social, segundo a escala de Coelho. Também passam pela triagem os pacientes que se apresentarem na demanda espontânea, e crianças abordadas nas escolas durante procedimentos coletivos. Assim são agendados os de maior necessidade em saúde bucal. No caso de precisar atendimento secundário, os pacientes são encaminhados ao CEO. Também são desenvolvidas visitas domiciliares para pacientes acamados.

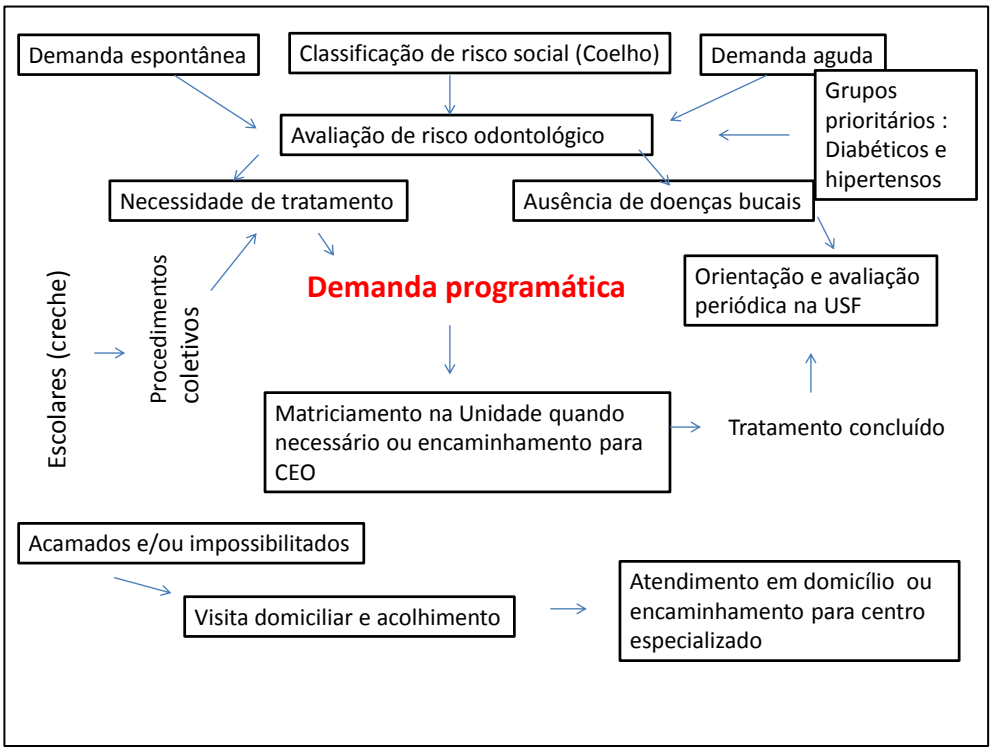

Figura 4 - Fluxo de Organização da demanda da USF São Francisco

D. Unidade de Saúde da Família Chapadão I

- ✓ **População:** A população registrada é de 2552 pessoas, sendo 725 famílias.
- ✓ **Conformação da equipe:** 2 dentistas, 1 ASB.
- ✓ **Número de períodos de atendimentos odontológico:** 8 períodos por semana.
- ✓ **Fluxo de Organização da demanda:** Figura 5. A organização do trabalho acontece com a apertura da agenda cada 15 dias, o número total de vagas para agendamento é distribuído para famílias de risco e para as pessoas que sem pertencer a famílias de risco, solicitam atendimento odontológico. Pacientes que precisem atenção especializada odontológica são encaminhados ao CEO ou CEOZINHO, se for criança. São organizadas também palestras educativas e triagem para os grupos prioritários de gestantes, diabéticos, hipertensos. As crianças são abordadas nas escolas e creches. Crianças de 0 a 3 anos recebem atendimento as quartas feiras, no horário coincidente com o da puericultura da enfermagem. Após o tratamento completado de crianças e adultos, eles são acompanhados pelo ACS ou auxiliar de saúde bucal.

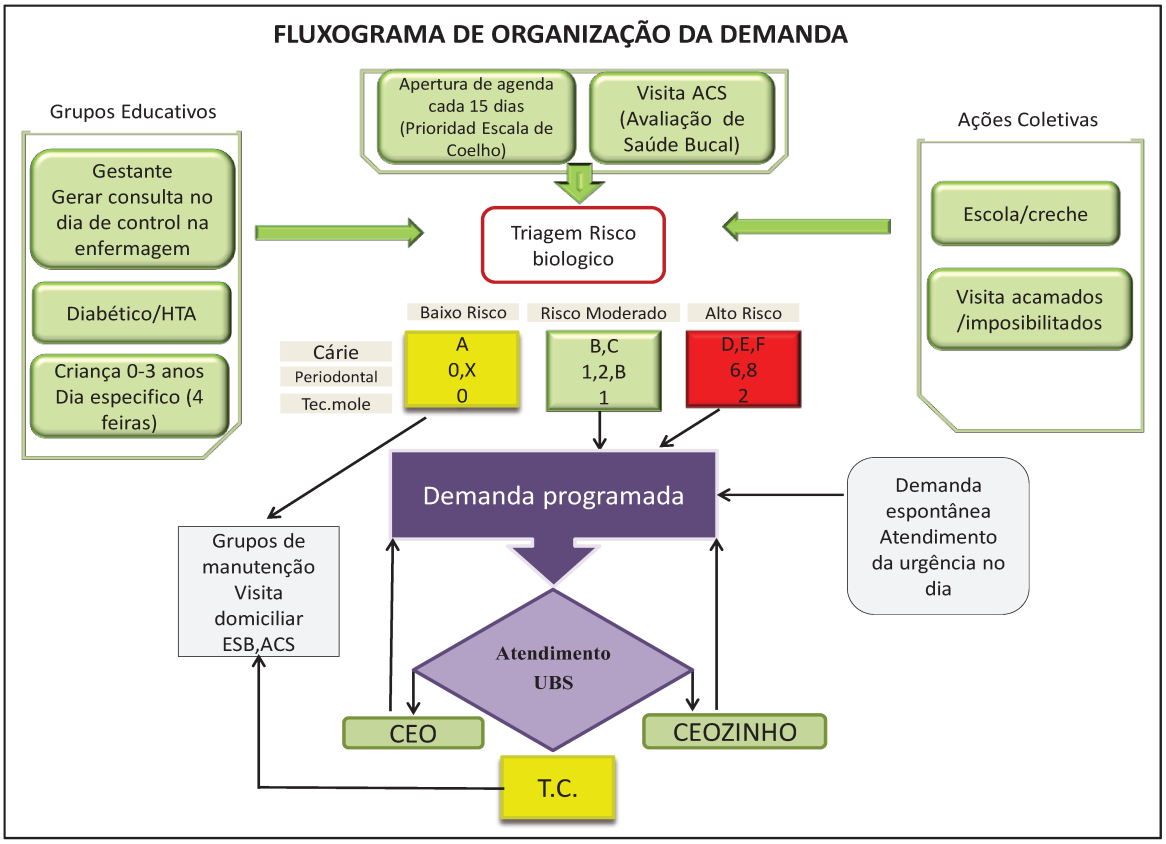

Figura 5 - Fluxo de Organização da demanda da USF Chapadão I

E. Unidade de Saúde da Família Sol Nascente

- ✓ **População: Segundo o** SIAB, tem um total de 3018 pessoas conformando 843 famílias, distribuídas em 6 microáreas.
- ✓ **Conformação da equipe de saúde bucal:** 3 dentistas, 1 Auxiliar em saúde bucal.
- ✓ **Número de períodos de atendimentos odontológico:** 8 períodos por semana.
- ✓ **Fluxo de Organização da demanda:** Figura 6. As famílias de alto risco social são convocadas para triagem odontológica, também as pessoas pertencentes aos grupos prioritários e aqueles pacientes que se apresentarem por urgência ou demanda espontânea, são acolhidos e orientados acerca das normas do tratamento odontológico. Segundo a classificação de risco baixo, médio ou alto, os pacientes são orientados para manutenção da saúde bucal, ou para participar em grupos de escovação e fluorterapia com ASB, ou programados por consulta odontológica, respectivamente. No caso de precisar atenção secundária, o encaminhamento é feito ao CEO ou CEOZINHO.

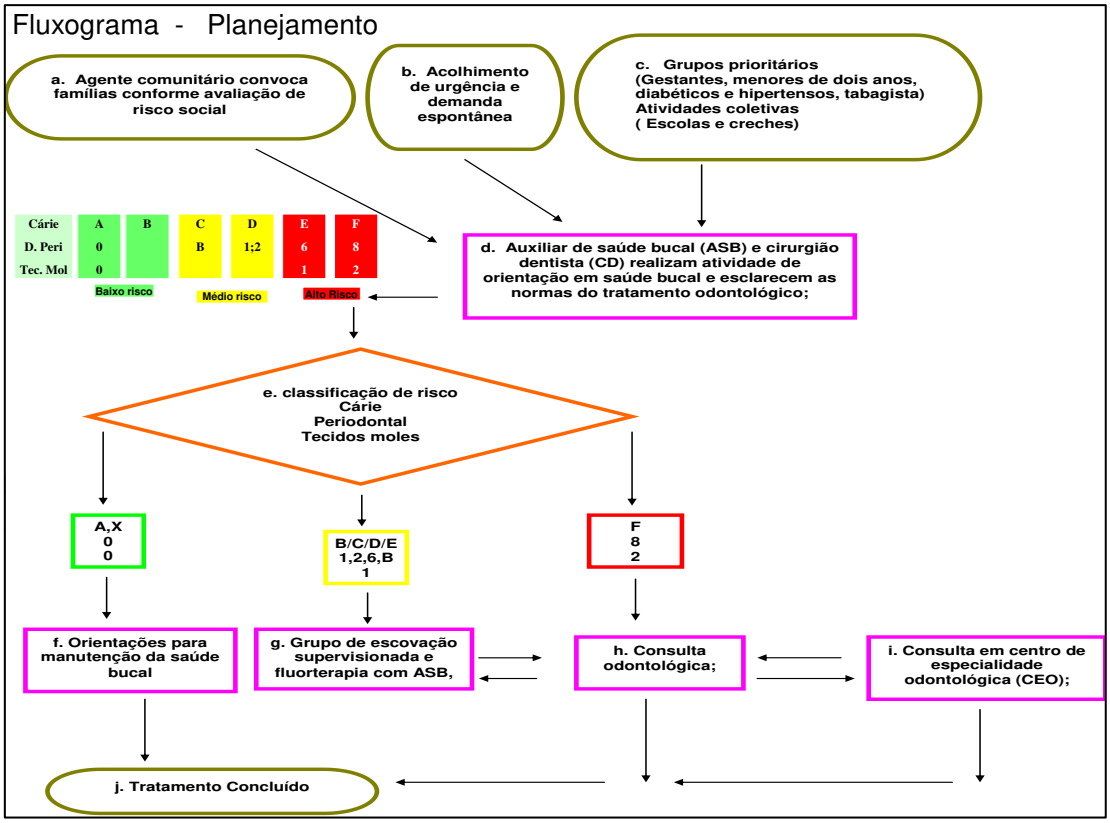

Figura 6 - Fluxo de Organização da demanda da USF Sol Nascente

4.6.2 Unidades de Saúde da Família que trabalham com modelo de demanda espontânea:

A equipe de Saúde Bucal destas USF está conformada por 1 dentista e 1 ASB. O período de atendimento é de 40 horas semanais. Na Unidade Saúde todos os CDs têm vínculo direto do tipo estatutário com a Prefeitura Municipal, sendo que para cada unidade existem atendimentos nos períodos distintos (matutino e vespertino), cumprindo 40 horas semanais.

A organização do processo de trabalho é estruturada na assistência individual, atendimento de urgência, tratamento curativo e preventivo e reunião de equipe semanal, da qual nem sempre o CD participa.

O acesso dos usuários para o atendimento odontológico curativo nas unidades de saúde corre através de demanda espontânea. A grande maioria dos pacientes é agendado por livre demanda durante o horário de acolhimento da unidade de saúde. As unidades pertencentes a este grupo são:

A. USF Jaraguá I. Loteamentos abrangidos: Jaraguá, V. Mercedes. Região Oeste. População cadastrada: 2852.

B. USF Mario Dedine II: Loteamentos abrangidos: Mário Dedini (parte), Bosque dos Lenheiros (parte), Região Norte. População cadastrada:4858

C. USF Parque Orlanda: Loteamentos abrangidos: Parque Orlanda, Região Norte. População cadastrada:3123

D. USF Tatuapé: Loteamentos abrangidos: Jd Ibirapuera (parte) e Tatuapé (maioria), Região Oeste. População cadastrada: 3776

E. USF Vila Fatima: Loteamentos abrangidos: Vila Fátima, Jd Primavera (parte). Região Norte. População cadastrada; 4400.

4.7 Fonte de coleta de dados:

Os dados secundários do estudo foram provenientes da produção odontológica ambulatorial das 10 Unidades de Saúde da Família do Município de Piracicaba, no período de fevereiro até setembro do 2013, obtido através da Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde. Os dados secundários representam a consolidação das planilhas de produção odontológica individual geradas nas Unidades de Saúde em 2013, transmitidas ao Ministério de Saúde no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS e Sistema de Informação da Atenção Básica.

4.8 Análise dos dados:

Inicialmente foi feito um levantamento e organização dos dados secundários de produção odontológica ambulatorial em saúde bucal do Município de Piracicaba (SP). O levantamento cobriu as USF em estudo no período de fevereiro até setembro de 2013. Foi elaborado um instrumento de coleta de dados (ANEXO 2).

Para os cálculos foi considerada a totalidade da população cadastrada em cada USF, segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica, e as estimativas populacionais realizadas pela equipe de saúde.

Os dados secundários coletados dos procedimentos odontológicos são:

- **Procedimentos preventivos individuais:** este item compreende aplicação tópica de flúor, aplicação de cariostático ou selante, controle de placa bacteriana e escariação. O aumento nesse grupo significa uma maior ênfase da gestão nos aspectos relacionados à pratica preventiva individual.
- **Procedimentos preventivos coletivos:** conjunto de procedimentos de promoção e prevenção em saúde bucal, de baixa complexidade, incluindo levantamento epidemiológico, grupo de educação em saúde, atividades profissionais com flúor e higiene bucal supervisionada, devendo ser registrado um procedimento um

procedimento por criança/individuo no mês, realizadas no mínimo a cada três meses. Prática comumente realizada em escolas, e podendo se estender a outros grupos específicos e em comunidade.

- **Número de primeiras consultas odontológicas:** 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 ano e por paciente)
- **Número de tratamentos concluídos:** pacientes com alta odontológica.
- **Número de urgências odontológicas:** quaisquer procedimento realizado na atenção básica, mas com caráter de urgência, realizado no horário de urgência sem prévio agendamento.
- **Número de procedimentos em dentística**: este item compreende capeamento pulpar direto e indireto, selamento de cavidade com cimento provisorio, restaurações de composito, silicato, resina fotopolimerizavel, amálgama ou cimento de ionômero de vidro.
- **Número de procedimentos em periodontia:** procedimentos de raspagem, alisamento e polimento coronário ou radicular, curetagem subgengival, gengivectomia e tratamento periodontal em situação de emergência.
- **Número de procedimentos em cirurgia:** exodontia de dente permanente ou decíduo, remoção de resto radicular.

Estes dados foram organizados em razão ou coeficientes, para avaliar a ênfase em cada tipo de procedimento, buscando-se caracterizar os modelos de atenção em saúde bucal nas USF.

As fórmulas utilizadas foram:

Acessibilidade: é a relação entre a quantidade de primeiras consultas odontológicas por cada 100 habitantes. Aponta a tendência de inserção das pessoas nas ações odontológicas como parte de cuidados integrais.

$$\text{Acessibilidade} = \frac{\text{Número de primeiras consultas programáticas}}{\text{População cadastrada no mesmo local e período}} \times 100$$

Resolutividade: é a relação entre os tratamentos concluídos e primeiras consultas. O quociente ideal deveria ser 1. Se o resultado for muito menor que 1, aponta dificuldade na continuação e termino de tratamentos iniciados; se for maior que 1 aponta possível falha para promover acesso a novos pacientes.

$$\text{Resolutividade} = \frac{\text{Número de tratamentos concluídos}}{\text{Número de primeira consulta programática}}$$

Razão de urgência: faz referência à quantidade de urgências por cada 100 pessoas. Permite avaliar a capacidade de prevenção dos casos de urgência por meio do atendimento programático regular.

$$\text{Razão de urgência} = \frac{\text{Número de urgências}}{\text{População cadastrada no mesmo local e período}} \times 100$$

Razão exodontia por restauração: estabelece relação da quantidade de exodontias por cada restauração.

$$\text{Razão exodontia/restauração} = \frac{\text{Número exodontia dente permanente}}{\text{Número de restaurações dente permanente}}$$

Razão de restaurações: significa a quantidade de restaurações feitas por cada 100 pessoas.

$$\text{Razão de restaurações} = \frac{\text{Número de restaurações}}{\text{População cadastrada no mesmo local e período}} \times 100$$

Razão de exodontias: significa a quantidade de exodontias feitas por cada 100 pessoas.

$$\text{Razão de exodontias} = \frac{\text{Número de exodontias}}{\text{População cadastrada no mesmo local e período}} \times 100$$

Razão de periodontia: faz referência ao número de procedimentos periodontais por cada 100 pessoas.

$$\text{Razão de periodontia} = \frac{\text{Número de procedimentos periodontais}}{\text{População cadastrada no mesmo local e período}} \times 100$$

Razão de procedimentos preventivos: indicam quantos procedimentos preventivos por cada 100 pessoas foram efetuados.

$$\text{Razão procedimentos preventivos} = \frac{\text{Número de procedimentos preventivos}}{\text{População cadastrada no mesmo local e período}} \times 100$$

4.9 Análise Estatística

Realizou-se inicialmente analise descritiva dos dados por frequências absolutas e relativas. Além disso, aplicou-se o teste t de Student ao nível de significância de 5% para comparação dos indicadores entre os grupos. O programa utilizado para análise dos dados foi o Bioestat 5.0.

5 RESULTADOS

A seguir, descrevem-se os resultados obtidos com o desenvolvimento do presente estudo, os quais serão apresentados através das tabelas 1 a 7.

Os resultados dos dados referentes às variáveis de acessibilidade, resolutividade e a variável urgência nas USF com demanda programada, estão descritos na tabela 1.

Tabela 1: Razão de acessibilidade, resolutividade e urgências em USF com demanda programada.

Unidades	Acessibilidade	Resolutividade	Razão urgência
Chapadão I	6,19	0,56	1,22
Sol Nascente	7,29	3,97	2,90
São Francisco	0,83	3,97	1,88
Santa Rosa I	7,84	0,52	1,58
Boa Esperança I	2,61	1,36	1,45

As unidades que apresentaram os menores coeficientes para acessibilidade foram 0,83 e 2,61 (para cada 100 hab) para as USF São Francisco e Boa Esperança, já as USF Santa Rosa I e Sol Nascente apresentaram os maiores coeficientes com 7,84 e 7,29, respectivamente.

A análise da resolutividade aponta as USF Sol Nascente e São Francisco com alto quociente de resolutividade dentre todas as unidades integrantes da amostra, obtendo quase 4 tratamentos completados para cada iniciado, o que significa que esta população já apresentava bom número de tratamentos iniciados sem finalização.

A USF Sol Nascente apresentou maior razão de urgência, o que significa que por cada 100 habitantes existem aproximadamente 3 urgências (2,9).

Tabela 2: Razão de procedimentos odontológicos de USF com demanda programada.

USF	Exodontia/ restauração	Razão exodontia	Razão restauração	Razão periodontia	Razão preventivos individuais	Razão preventivos coletivos
Chapadão I	0,03	0,01	0,07	0,04	0,05	0,52
Sol Nascente	0,09	0,02	0,22	0,47	0,05	0,46
São Francisco	0,16	0,01	0,06	0,12	0,04	0,04
Santa Rosa I	0,04	0,01	0,15	0,20	0,04	0,51
Boa Esperança I	0,02	0,01	0,09	0,01	0,05	0,12

Na produção ambulatorial observa-se que existe menor relação exodontia por restauração (0,02) na USF Boa Esperança I, o que significa que existe 2 extrações por cada 100 restauraçôes, enquanto a USF São Francisco apresenta maior relação exodontia por restauração, significando 16 exodontias por cada 100 restaurações.

A razão de exodontias não variou muito, sendo obtido um valor muito baixo para todas as USF. As razões de restauração e periodontia variaram de 0,06 a 0,22 e 0,04 a 0,20, respectivamente. A razão de procedimentos coletivos variou em 13 vezes de 0,04 a 0,52.

Tabela 3: Razão de acessibilidade, resolutividade e urgências em USFs com demanda espontânea.

Unidades	Acessibilidade	Resolubilidade	Razão urgencia
Mario Dedini II	5,10	0,88	4,73
Jaraguá I	6,52	0,56	3,72
Tatuapé	12,55	0,72	3,50
Vila Fatima	8,09	0,70	2,00
Parque Orlanda	11,53	0,85	4,16

As unidades que apresentaram os menores coeficientes para acessibilidade com 5,10 e 6,52 para as USF Mario Dedini II e Jaraguá, respectivamente. Já as USF Tatuapé e Parque Orlanda apresentaram os maiores valores de acessibilidade com 12,55 e 11,53, respectivamente. A análise da resolutividade mostra que os valores variaram de 0,56 a 0,88, o que faz referência que existem mais primeiras consultas odontológicas que tratamentos concluídos, significando que parte dos tratamentos iniciados não foram finalizados. A USF Mario Dedini II apresentou maior razão de urgência 4,73, o que significa que por cada 100 habitantes existem aproximadamente 5 urgências.

Tabela 4: Razão de procedimentos odontológicos de USF com demanda espontânea.

Unidades	Exodontia/ restauração	Razão exodontia	Razão restauração	Razão periodontia	Razão preventivos individuais	Razão preventivos coletivos
Mario Dedini II	0,24	0,03	0,10	0,29	0,17	0,95
Jaraguá I	0,18	0,03	0,18	0,40	0,06	0,50
Tatuapé	0,33	0,06	0,18	0,31	0,03	0,10
Vila Fatima	0,33	0,04	0,13	0,16	0,02	0,12
Parque Orlanda	0,17	0,03	0,20	0,81	0,20	0,41

Na produção ambulatorial observa-se que existe menor relação exodontia por restauração (0,18) na USF Jaraguá I, o que significa que existe 18 extrações por cada 100 restaurações. E as USFs Vila Fátima e Tatuapé apresentam maior relação exodontia por restaurações (0,33), significando que existem 33 exodontias por cada 100 restaurações.

A partir das **tabelas 1,2,3,4** foram obtidas as médias e desvio padrão das variáveis em estudo para as unidades agrupadas em demanda programada e demanda espontânea.

Tabela 5. - Comparação de acessibilidade, resolubilidade, e razão de urgências entre as USF com demanda programada e USF com demanda espontânea.

Variaveis	USF (demanda programada)	USF (demanda espontânea)	p-valor
	Media(dp)	Media (dp)	
Acessibilidade 1raConsult/100hab	4,95 (3,07)	8,76 (3,20)	0,0912 ns
Resolutividade TC/1raConsul	2,07 (1,76)	0,74 (0,13)	0,1673 ns
Razão de urgência odontológica	1,81 (0,66)	3,62 (1,02)	0,0102 *

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

A tabela 5 mostra que houve diferença estatisticamente significativa (p<0,05) entre as USF que trabalham com demanda espontânea e demanda programada, indicando que os valores da média de atendimentos de urgência odontológica por habitante é maior nas unidades que trabalham com demanda espontânea.

Tabela 6. Comparação de exodontias por restauração e procedimentos odontológicos entre USF com demanda programada e USF com demanda espontânea.

Variáveis	USF (demanda programada)	USF (demanda espontânea)	p-valor
	Media (dp)	Media (dp)	
Razão de exodontias por restauração	0,07 (0,059)	0,25 (0,077)	0,003 *
Razão de exodontias	0,01 (0,008)	0,04 (0,015)	0,005 *
Razão de restaurações	0,12 (0,066)	0,16 (0,042)	0,264 ns
Razão de endodontia	0,01 (0,008)	0,02 (0,021)	0,527 ns
Razão de periodontia	0,17 (0,182)	0,39 (0,251)	0,143 ns

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

Observa-se na tabela 6, que os valores da razão de exodontias por restauração e exodontia por habitante apresentam diferença significativa (p≤0,05) e o valor é maior nas unidades que trabalham com demanda espontânea.

Tabela 7. Comparação de procedimentos preventivos entre USF com demanda programada e USF com demanda espontânea.

Variáveis	USF (demanda programada)	USF (demanda espontânea)	p-valor
	Media (dp)	Media (dp)	
Razão de procedimentos preventivos individuais	0,05 (0,005)	0,10 (0,086)	0,269 ns
Razão de procedimentos preventivos coletivos	0,33 (0,005)	0,417 (0,0346)	0,659 ns

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

Na tabela 7, verifica-se que não houve diferença significativa no grupo de procedimentos preventivos individuais e coletivos (p>0,05) entre as unidades que trabalham com demanda programada e demanda espontânea.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo apresenta dados que corroboram a importância da avaliação de serviços de saúde bucal. Assim a PNSB preconiza maior acesso pela Atenção Básica, mas historicamente a saúde bucal no Brasil foi mutiladora e priorizaram crianças e gestantes e para mudar isso é necessário ter um fluxograma de atenção em saúde bucal, para permitir maior acesso e que seja mais equitativo segundo necessidades e prioridades.

Podemos dizer que, atualmente, existem duas propostas organizacionais de processo de trabalho que predominam no desenvolvimento da atenção básica, o modelo tradicional de atenção e o modelo de vigilância em saúde proposto pela Saúde da Família.

A assistência odontológica ainda está marcada pelo fato de que os modelos estão restritos a focar a atenção e as ações na faixa etária de 0-14 anos e para as gestantes, por prestação de assistência de pronto atendimento aos adultos, sendo indutora de mutilações, além dos estudos epidemiológicos e os indicadores em saúde bucal incidirem em grupos restritos de patologia, normalmente a cárie dentária (Botazzo, 2008)

Há necessidade de inovação quanto ao acesso e à cobertura, incorporação da assistência odontológica ao conjunto da população SUS, realização de diagnóstico de saúde bucal como rotina, o estabelecimento de protocolos de referência e contra-referência e inovação à clínica odontológica (Brasil, 2004).

Diferentemente da atenção programada, para a qual há tempo de planejar com antecedência, o atendimento da demanda espontânea não permite isso. Geralmente não sabemos de antemão quem irá aparecer na Unidade Saúde naquele dia e nem qual demanda ele trará. No entanto, tem que se organizar para recebê-la, a fim de que os pacientes possam ter suas demandas resolvidas no menor tempo possível, e com a utilização racional dos recursos disponíveis.

Porém, as Equipes de Saúde Bucal têm encontrado muitas dificuldades na organização de seu trabalho, decorrentes do excesso de demanda e da difícil negociação com a população para priorização de ações já programadas ou de prevenção e promoção, e percebem que a população tem expectativa de atendimento imediato.

Nas comparações da média de atendimentos de urgência odontológica por habitante entre as unidades agrupadas, segundo a organização da demanda, as unidades que trabalham com demanda espontânea apresentaram maior quantidade de urgências por habitante em comparação às unidades que trabalham com demanda programada, uma provável explicação a este resultado poderia ser que as necessidades acumuladas em saúde bucal não estão sendo controladas, como também a capacidade de prevenção dos casos de urgência odontológica é menor no modelo de demanda espontânea que no modelo de demanda programada, pois a demanda programada utiliza instrumentos para avaliar riscos e identificar prematuramente as futuras necessidades de saúde bucal.

Esses resultados podem refletir os critérios adotados para a implantação da organização da demanda pois cada ESB tem procurado organizar o atendimento a esta demanda da melhor maneira possível e cada uma tem organizado à sua maneira. Se por um lado, isto é bom, pois as equipes exercem sua autonomia, por outro, não há uma padronização deste atendimento.

No caso da razão de urgências, Sant'Anna Vítor (2011) verificou que populações de pior ICV (Índice de Condições de Vida) em Campinas (SP) concentravam a maior razão de urgência, levando a considerar que as necessidades acumuladas por esta população poderiam não estar sendo suficientemente controladas, em virtude da grande demanda.

Mas a significativa diferença em relação a razão de urgências, pode estar associada ao modo singular de implantação e ao propósito da organização da demanda em algumas USF, cuja equipe de saúde bucal deve ter a responsabilidade de criar e manter vínculo entre a comunidade e os profissionais de saúde, garantindo, assim, a longitudinalidade do cuidado. Isto é corroborado por Pimentel (2012), o qual conclui que para o tipo de marcação de consulta, muitas equipes ainda referiram a marcação por demanda espontânea, principalmente nos municípios de pequeno porte do Estado de Pernambuco, o que reproduz um modelo tradicional de posto de saúde, em que o paciente somente procura o serviço quando a doença já está instalada e, no caso da Odontologia, quando há dor de dente. Essa forma de atendimento ao paciente é hegemônica historicamente está fortemente relacionada aos municípios de pequeno porte.

A demanda programada em saúde bucal, em sua grande maioria, prioriza pessoas de maior vulnerabilidade social, apresentando famílias de risco, com necessidades de saúde acumuladas. Soma-se também o fato de que na demanda programada, efetivamente, trabalha-se sob a ótica de uma visão ampliada de saúde, buscando fazer valer o princípio da integralidade da atenção, a qual se efetiva na coordenação do cuidado pela APS integrada à rede nos demais níveis de atenção.

Roncalli (2000), em estudo sobre acessibilidade aos serviços odontológicos em Curitiba (Paraná), afirmou que, em algumas unidades, de acordo com a realidade local, são estabelecidas formas de priorização baseadas no risco social, sendo as principais estratégias de priorização do ponto de vista mais geral, e que determina o acesso do usuário ao serviço, a idade e a área de abrangência. Esse autor cita que o universo priorizado para Odontologia é composto por: área de risco social, escolas, creches, gestantes, grupos de desnutridos e outros grupos organizados.

No presente estudo, o acesso foi aferido por meio do indicador da cobertura de primeiras consultas odontológicas programáticas por habitante. Não foram observadas desigualdades em relação à acessibilidade, o que reflete que, em ambos os grupos de USF, as pessoas têm acesso ao tratamento odontológico do programa de saúde bucal, desenvolvido pela equipe. Todavia, isso poderia ser melhor explicado pelo fato das USF com demanda programada estar em fase de transição, como verificado claramente em algumas unidades com altos coeficientes de tratamento completado/tratamento iniciado, o que pode ter gerado um viés de mensuração no estudo.

Existem diferentes fatores que explicam o acesso aos serviços de saúde bucal, como a predisposição, que é a propensão dos indivíduos a utilizar o serviço (idade, sexo, estado civil, escolaridade), os fatores de facilitação e capacidade, que faz referência aos meios com que os indivíduos contam para utilizar o serviço (renda familiar, plano de saúde) e as de necessidade referem-se ao nível de enfermidade, que é uma das principais causas imediatas da utilização e busca pelos serviços (percepção do indivíduo em relação a sua condição de saúde)

Neste sentido, conforme relatado por Silveira Filho (2002), na medida em que a ESF garante o agendamento para a atenção prioritária às famílias, quer pela identificação

das microáreas hierarquicamente priorizadas ou mediante os grupos prioritários para atenção, e concomitantemente, possibilita o acesso à população adstrita às práticas de prevenção e promoção de saúde, a ESB pode avançar de forma planejada na cobertura desta população buscando paulatinamente a constituição de novos padrões de saúde bucal na comunidade.

O estudo de Garbin (2012) foi similar a esta pesquisa, onde compararam-se dois modelos de organização da demanda clínica de atendimento odontológico, um modelo A que estabelece três atendimentos por hora, por profissional, e um modelo B, que estabelece dois atendimentos por hora, por profissional. Avaliaram a acessibilidade por meio das primeiras consultas odontológicas, o total de sessões restaurativas por paciente, para lograr tratamentos concluídos em menor quantidade de agendamentos, e destinar o tempo restante para novas primeiras consultas odontológicas. No modelo B, diminuíram o número total de consultas, por ter incrementado o número de procedimentos odontológicos em cada consulta, o que proporcionou uma redução de praticamente 100%, em média, de sessões para finalizar um tratamento (4,3 no modelo A e 2,1 no B). Com o término do tratamento sendo realizado em menos consultas, verificou que novas vagas foram disponibilizadas aos usuários da unidade, ampliando assim o fluxo de acesso.

A acessibilidade aos serviços de saúde inclui todas as características da oferta de serviços, que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas no uso de serviços. Diversos fatores são considerados obstáculos à utilização dos serviços, tais como: custo, localização, forma de organização, demora para obtenção do atendimento. O estudo de Castro (2011) avaliou a acessibilidade aos serviços de saúde bucal num município do Brasil, enfocando o aspecto organizacional, caracterizado por variáveis como demora em conseguir consulta, a existência de filas, dificuldade para agendamento, falta de material, entre outras. Entendendo que a acessibilidade organizacional apresenta-se influenciada por fatores ligados aos modos de organização dos recursos destinados à assistência à saúde, apontando que medidas de reflexão e planejamento são necessárias, devendo ocorrer de forma que usuários, profissionais, gestores e prestadores de serviços possam participar, favorecendo

tomadas de decisões compatíveis com a realidade localmente observada, traduzindo-se em ações de cidadania.

Desta forma, é importante reforçar a afirmação da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) que o conceito de oferta de serviços, implícito na definição de cobertura, significa que tais serviços sejam acessíveis aos membros da comunidade e, desse modo, satisfaçam às suas necessidades no tocante à saúde. Assim a mera existência ou disponibilidade de um serviço não garante a acessibilidade. É necessário subdividir este conceito em acessibilidade geográfica (a distância, o tempo de locomoção e os meios de transporte devem determinar a localização dos estabelecimentos e não áreas teóricas de jurisdição), acessibilidade financeira (os pagamentos ou contribuição para utilização dos serviços não devem constituir obstáculos), acessibilidade cultural (não deve haver conflito entre os padrões técnicos e administrativos dos serviços e os hábitos, padrões culturais e costumes das comunidades em que sejam prestados), e acessibilidade funcional (os serviços devem ser prestados oportunamente e em caráter contínuo, bem como estar disponíveis a qualquer momento, atender à demanda real e incluir um sistema de referência que assegure fácil acesso ao nível de assistência que se requer) (OPAS,1977).

Referente à resolutividade é importante ressaltar que a avaliação dos índices utilizados para obtenção do resultado das unidades de saúde analisadas neste estudo, de forma separada ou única, das variáveis primeira consulta odontológica e tratamento concluído, não refletiu em impacto na resolutividade, haja vista que mesmo a unidade apresentando alto coeficiente de acessibilidade, a resolutividade pode ser baixa, caso o coeficiente de tratamentos completados seja baixo.

Portanto, a análise da variável “primeiras consultas odontológicas” isoladamente mede o nível de acessibilidade ao tratamento odontológico, mas não reflete o grau de resolutividade, assim como o tratamento concluído analisado separadamente, apenas traduz a conclusão de tratamentos odontológicos na unidade de saúde a cada 100 habitantes.

Na resolutividade, não houve diferença significativa ($p>0,05$) entre as unidades de demanda organizada e demanda livre. Este indicador mede a relação entre as primeiras consultas odontológicas programáticas e o número de tratamentos concluídos. Assim cada um destes componentes analisados isoladamente não refletem em impacto na

resolutividade. Idealmente o coeficiente deveria ser igual a 1, no caso fosse menor a 1, indica dificuldade de conclusão de tratamentos iniciados. Se for maior a 1, aponta uma possível falha de promover acesso a novos pacientes.

No grupo de unidades com demanda programada, o coeficiente de resolutividade indica que tratamentos estão sendo concluídos sem que novos tratamentos sejam iniciados. O contrario acontece com as unidades de demanda livre onde o coeficiente de resolubilidade indica que o número de tratamentos concluídos foi menor que os tratamentos iniciados. Contudo dois problemas afetam a análise desta variável: a) as USFs de demanda programada estavam em fase de transição; passando de uma demanda espontânea para uma demanda programada; e estavam com uma demanda alta com tratamento iniciado, o que aumentou a resolutividade, mas diminui a acessibilidade e b) essa transição não ocorreu em todas as USF com demanda programada (algumas já realizam isso), o que causou uma variação nos dados, impactando o desvio padrão das medidas e, possivelmente, dificultando uma análise mais real do que aconteceu em termos de acessibilidade/resolutividade.

Carvalho (2004) ressaltou que o impacto das ações de saúde bucal no PSF tem evidente progresso do ponto de vista da universalidade, equidade e integralidade. Esta análise é importante na avaliação da resolutividade da atenção básica considerando que a integralidade da atenção se efetiva na coordenação do cuidado pela APS integrada à rede nos demais níveis de atenção que vai desde o acesso ao acompanhamento e resolução da necessidade de saúde existente.

A ampliação do número de equipes de saúde bucal, embora possibilite aumento da cobertura da população frente aos problemas bucais e, conseqüentemente, aumento da produção assistencial, associa-se comumente à prática curativo-cirúrgico-restaurador, presença de demanda reprimida e sem de fato impactar mudanças na qualidade de vida da população, sendo importante à realização de planejamentos que direcionem a reorganização das ações, refletindo a realidade da população local e suas necessidades (Fernandes e Peres, 2005), como o realizado nas 5 USF com demanda programada do presente estudo.

Segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, o agendamento é um item importante na reordenação da atenção odontológica, que visa a substituir práticas centradas no paradigma cirúrgico-restaurador-mutilador por práticas que considerem o

indivíduo como um ser integral, configurando uma evolução no atendimento quando comparado àquele por demanda espontânea.

Analisando os grupos de procedimentos executados pela assistência em saúde bucal nas unidades, observou-se associação entre demanda espontânea e maior coeficiente de exodontias /restaurações. O maior coeficiente provavelmente indique a carga de doença em estágio avançado para a qual não são oferecidas outras possibilidades terapêuticas.

Observou-se também uma maior razão de exodontias nas unidades com demanda livre, o qual faz referência ao tratamento mutilador na assistência em saúde bucal, em oposição a oferta de procedimentos conservadores e preventivos, o que faz levar em conta a importância de desenvolver ações que abrangem promoção e prevenção nos distintos ciclos de vida, para que no futuro as necessidades de exodontias sejam menores.

No estudo de Fernades e Peres (2005), referente a associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais, um dos indicadores avaliados é a proporção de exodontias em relação a proporção de procedimentos odontológicos individuais. Menores proporções de exodontias foram associadas às maiores proporções de dentistas no sistema e maior quantidade de exodontias foram associados aos menores índices de desenvolvimento humano municipal. Destaca-se que os indicadores avaliados são determinados a partir da organização e estruturação da oferta do Sistema de Saúde.

Assim a programação em saúde deve estar voltada para ações coletivas voltadas à população alvo, com ações educativas e preventivas, com a captação precoce e busca ativa de casos, para se ter ações menos mutiladoras.

Não foram observadas desigualdades na cobertura de procedimentos restauradores e de periodontia entre as unidades. Este indicador expressa que este grupo de ações em saúde bucal está repercutindo de maneira a prevenir a mutilação, representada por extrações, e está relacionada ao acesso a serviços odontológicos. Contudo mais uma vez ressalva-se a variação encontrada entre as diferentes USF, o que ter aumentado o desvio-padrão e impossibilitado uma melhor análise dessas variáveis.

Resultados diferentes foram obtidos no estudo de Viana (2010), onde analisou-se o acesso à assistência odontológica individual no estado de Pernambuco, no âmbito das ESB e descreveu-se a cobertura durante os anos 2001 e 2009. O indicador foi a média de

procedimentos básicos individuais. Concluiu-se que apesar da expansão do número de equipes de saúde bucal, os procedimentos odontológicos ao longo dos anos não acompanhou a expansão das equipes de saúde bucal, portanto não houve acesso a tratamento odontológico progressivo na atenção básica.

O estudo de Barros e Chaves (2003) mostrou resultados diferentes, ao pesquisar a utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal, onde analisou-se o processo de reorganização das ações de saúde bucal em municípios habilitados na gestão plena do sistema municipal de saúde. Observou-se uma expansão da oferta de serviços odontológicos em alguns municípios a partir da habilitação na gestão plena do sistema municipal. Mas, não observou-se uma mudança de prática na atenção à saúde bucal desses municípios, predominando as ações mutiladoras e restaurativas em maior grau que as preventivas, concluindo que a inovação contribuiu 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 e prevenção em saúde.

Quando se busca a consolidação de novas práticas, é comum uma maior lentidão no seu processo de assimilação e reconhecimento das mesmas, da sua legitimidade e registro como trabalho profissional. Outro aspecto importante refere-se à qualidade (adequação técnico-científica) do procedimento executado, podendo essa implantação variar entre os municípios, sendo necessária, portanto, a definição de padrões nacionais que possam nortear a execução dessas ações de responsabilidade do nível local. O Pacto da Atenção Básica 2002 é uma tentativa nesse sentido, na medida em que suas formulações procuram ampliar o acesso aos serviços odontológicos; de aumentar a cobertura e realização dos procedimentos coletivos nos municípios; e o terceiro, de incentivar ações menos mutiladoras. (Nikel, 2008).

Ao comparar os procedimentos preventivos individuais e coletivos, não foram identificadas diferenças entre ambas as unidades. As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal apontam para a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção.

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

Outra proposta da Política Nacional de Saúde bucal revê a reorientação do modelo de atenção a saúde bucal respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, sobretudo, na promoção de boa qualidade de vida e na intervenção nos fatores que a colocam em risco.

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

De outro lado, sugere-se por último que haja o preenchimento correto dos dados, registro, armazenamento, consolidação, analise e difusão da informação para avaliar e monitorizar o desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde e ajuda na tomada de decisões.

7 CONCLUSÃO:

Conclui-se que o modelo de organização da demanda em saúde bucal adotado nas USF interfere na procura de urgências odontológicas, sendo maior para o modelo baseado na demanda espontânea.

Percebe-se então, que houve diferença entre os modelos, nos dados referentes ao coeficiente exodontias por restaurações, sendo maior no modelo de demanda espontânea.

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

REFERÊNCIAS

1. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. Revista de Saúde Pública. 2010; 44(2):360-365.
2. Alves FNM. Organização da atenção em saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família: análise da utilização da abordagem sócio-dental e do Índice de Desenvolvimento Familiar na ESF Manguinhos/RJ [Dissertação]. Rio de Janeiro. ENSP Sergio Arouca; 2011.
3. Baldani MHP, Lopes CMDL, Kriger L, Matsuo T. A odontologia para bebês no Estado do Paraná, Brasil – perfil do Programa de Atenção Precoce à saúde bucal. J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê. 2003; 6: 210-16.
4. Barros SG, Chaves SCL. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2003; 12(1): 41 – 51
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.925, de 13 de Novembro de 1998.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Politica Nacional de Humanização. Brasília. Janeiro 2004.
9. 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; 2004.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 493 de 13 de março de 2006. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e o Ministério da Saúde. 2006.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde. 2006.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. Caderno de Atenção Básica n° 17. Brasília – DF. 2008
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.840, de 7 de dezembro de 2010. Inclui a Saúde Bucal no Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, e estabelece as diretrizes, orientações e prazos do processo de ajuste de metas para o ano de 2011. Diário Oficial República Federativa do Brasil. Imprensa Nacional BRASÍLIA - DFNº 236 – 10/12/10 – Seção 1 - p.72
14. Brasil. Ministério da Saúde. Instrutivo do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. Brasília – DF. 2011
15. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento a Demanda Espontânea. Caderno de Atenção Básica n° 28, vol I. Brasília – DF. 2012.
16. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS, Sistemas e Aplicativos. [acesso 2013 Abril 22] Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=04
17. Castro SS, Lefèvre F, Lefèvre AMC, Cesar CLG. Acessibilidade aos Serviços de Saúde por Pessoas com Deficiência. Revista de Saúde Pública. 2011; 45(1): 1-6.
18. Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. Ciênc. saúde coletiva. 2004; 9(3): 669-678.
19. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. 2004. [acesso 2013 abril 21] Disponível em: http://www.rbmfc.org.br/index.php/rbmfc/ article/view/104.
20. Ferreira EB, Abreu TQ, Figueiredo de Oliveira AE. Modelos Assistenciais em Saúde Bucal no Brasil: revisão de literatura. Rev Pesq Saúde. 2011.12(3): 37-42.

21. Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Brasil. Ministerio da Saúde. OPAS. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde do distrito sanitário. Projeto GERUS. Brasilia.1995.177-184.

22. Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. Rev Saúde Pública 2005; 39 (6): 930-6.

23. Friedrich DBC, Pierantoni CR. O trabalho das equipes da saúde da família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e económica em Juiz de Fora. PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2006; 16 (1):83-97.

24. Garbin AJI, Garbin CAS, Moimaz SAS, Rovida TAS, Diniz DG. Parâmetros assistenciais em saúde bucal: comparação entre duas programações do atendimento clínico no serviço público. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2012; 25(3): 255-260.

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

26. Gherunpong S, Sheiham A, Tsakos G. A sociodental approach to assessing children‟s oral health needs: integrating an oral health-related quality of life (OHRQoL) measure into oral health service planning. Bulletin of the World Health Organization. January 2006, 84 (1).

27. Instituto de Pesquisa e Planejamento de Piracicaba. [acesso 2013 abril 21] Disponivel em: http://ipplap.com.br/site/

28. Instituo Brasilero de Geografia e Estatística. (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilios. Síntese de Indicadores 2005. [acesso 2013 julho 28]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2005

29. Instituto Brasilero de Geografia e Estatística. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores 2009. [acesso 2013 julho 28]. Disponível em:http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/ pnad_sintese_2009.pdf

30. Lessa CFM, Vettore MV. Gestão da atenção básica em saúde bucal no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. Saúde soc., São Paulo. 2010; 19 (3): 547-555
31. Levcovitz, E., Garrido, N.G. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. Cad. Saúde Família. 1996;(1):3-9.
32. Levcovittz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciência & Saúde Coletiva. 2001; 6(2): 269-291.
33. Longhi GH. O Planejamento Estratégico Situacional e a Fomentação da Politica Nacional de Saúde Bucal no Brasil. [Trabalho de conclusão de curso de especialização] Piracicaba. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontología de Piracicaba. 2008.
34. Lucchese PTR Eqüidade na gestão descentralizada do SUS:desafios para a redução de desigualdades em saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2003; 8(2):439-448.
35. Matumoto S. O Acolhimento: Um Estudo Sobre seus Componentes e sua Produção em uma Unidade da Rede Básica de Serviços de Saúde. Dissertação. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 1998.
36. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. Cadernos CEFOR – Série textos, n.1, São Paulo, jan.1992.
37. Narvai PC. Avaliação de ações de saúde bucal. São Paulo: FSP-USP, 1996. 28p. Mimeo
38. Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. Cad Saúde Pública. 2008; 24(2):241-6.
39. Oliveira AGRC, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC,Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. Ação Coletiva. 1999;2(1):9-14.
40. Paim J. Reforma sanitária e os modelos assistências. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. Epidemiologia & saúde.5a Ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999: 473-88.
41. Padilha WWN., Valença AMG., Cavalcanti AL., Gomes LB., Almeida RVD., Taveira GS. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa. 2005; 5(1): 65-74.

42. Pimentel FC, Albuquerque PC, Martelli PJL, Souza WV, Acioli RML. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2012, (28):146-157.

43. Pinheiro PM, Oliveira LC. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2011; 15(36): 187-98.

44. Resende FM. A Classificação de Risco como Proposta para Organização da demanda em uma Equipe de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família. Dissertação. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

45. Roncalli AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, eqüidade e integralidade em saúde bucal coletiva. Tese. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista; 2000.

46. Sant'Anna Vitor E. Avaliação da Assistência em Saúde Bucal na Atenção Básica no Município de Campinas, por meio do Sistema de Informações em Saúde. Dissertação. Piracicaba. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2011.

47. Santos AM. Organização das Ações em Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família: Ações Individuais e Coletivas Baseadas em Dispositivos Relacionais e Instituintes. Revista APS. 2011; 9(2): 190-200.

48. São Paulo. Secretaria de Estado de Saúde. A organização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica.Uma Proposta para o SUS São Paulo. São Paulo 2001.

49. Serra CG. A saúde bucal como políticas de saúde: análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba. Dissertação. Río de Janeiro. Universidade Estadual de Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social; 1998.

50. Silva RMV, Fracolli LA, Zoboli ELCP. O acolhimento no PSF: da proposta teórica para a operacionalização na prática. Saúde e Sociedade. 2005; 14 (1): 245-6

51. Silveira Filho, AD. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. Revista do Programa Saúde da Família. 2002: 36-43.

52. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. Cad Saúde Pública. 2007; 23(11): 2727-39.
53. Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2004
54. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AN. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. IESUS. 1998; 7(2): 7-28.
55. Van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F. Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective. Oxford: Oxford University Press; 1993.
56. Vasconcelos EM, Fratucci MVB. UMA-SUS. UNIFESP. Práticas de Saúde Bucal. [acesso 2013 abril 21] Disponível em: www.unasus.unifesp.br
57. Viana IB, Martelli PJL, Pimentel FC. Análise do acesso aos serviços odontológicos através do indicador de primeira consulta odontológica programática em Pernambuco: estudo comparativo entre os anos 2001 e 2009. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2012; 25(2): 151-160.
58. Walter LRF, Garbelini ML, Gutierrez mc. Bebê-clínica, a experiência que deu certo. Divulgação em saúde para o debate, 1991; (6): 65-8.
59. Zanetti CHG, Lima MAU. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. Divulg Saúde Debate. 1996 (13): 18-35.

ANEXO I

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa **"A utilização do sistema de informações como instrumento para comparar o fluxo da organização da demanda em Saúde bucal de Unidades de Saúde da Família de Piracicaba. SP"**, protocolo nº 108/2013, dos pesquisadores Gabriela Christiel Soto Rojas, Antonio Carlos Pereira e Fabiana de Lima Vazquez, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 10/10/2013.

The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project **"Use of the information system as a tool to compare the flow of the organization demand in Oral Health in Family Health Unit of Piracicaba. SP"**, register number 108/2013, of Gabriela Christiel Soto Rojas, Antonio Carlos Pereira and Fabiana de Lima Vazquez, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee at 10/10/2013.

Prof. Dr. Felippe Bevilacqua Prado
Secretário
CEP/FOP/UNICAMP

Profa. Dra. Lívia Maria Andaló Tenuta
Coordenadora
CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.
Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.

ANEXO II

PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS		PERIODO DE ATENDIMENTO USF_____								
AÇÃO DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE		FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	TOTAL
ATF (GEL OU VERNIZ) INDIVIDUAL POR SESSÃO										
APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE)										
SELAMENTO PROVISÓRIO										
AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO SUPERVISIONADA										
AÇÃO COLETIVA DE APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR GEL										
Tipo de Consulta:										
T.C.	Tratamento Completado									
PROCEDIMENTOS CLÍNICOS										
PRIMEIRA CONSULTA PROGRAMÁTICA										
CONSULTA DE URGÊNCIA ODONTOLOGICA										
TRATAMENTOS										
DENTÍSTICA										
CAPEAMENTO PULPAR										
RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR										
RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR										
RESTAURAÇAO DE DENTE DECIDUO										
ENDODONTIA										
PULPOTOMIA										
PULPECTOMIA										
CURATIVO DE DEMORA										
PERIODONTIA CLÍNICA										
RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRA										
RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUB-GENGIVAL										
CIRURGIA OROFACIAL										
EXODONTIA DE DECÍDUO										
EXODONTIA DE PERMANENTE										