

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MARCELO LEANDRO NENEVÊ

**SAÚDE BUCAL EM SÃO BENTO DO SUL: AVALIAÇÃO DAS
ALTERAÇÕES DE SUAS POLÍTICAS PÚBLICAS E
PROGRAMAÇÃO**

Florianópolis
2012

MARCELO LEANDRO NENEVÊ

Saúde bucal em São Bento do Sul: Avaliação das alterações de suas políticas públicas e programação

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Sérgio Fernando Torres de Freitas

Florianópolis, SC
2012

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Nenevê, Marcelo Leandro

Saúde bucal em são bento do sul: [dissertação] :
avaliação das alterações de suas políticas públicas e
programação / Marcelo Leandro Nenevê ; orientador, Prof.
Sérgio Fernando Torres de Freitas - Florianópolis, SC, 2012.
103 p. ; 21cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. Saúde Bucal. 3. Levantamento
Epidemiológico. 4. Programação. I. Freitas, Prof. Sérgio
Fernando Torres de. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III.
Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida.

À minha esposa, Luciane, por estar presente nos momentos alegres e nos difíceis, por incentivar meus estudos, pelo apoio incondicional - obrigado sempre!

Aos meus filhos, Bruno, Gabriel e Isadora pelo carinho, pela convivência harmoniosa, pela paciência e pela torcida.

Aos meus pais, Lúcia e Mário, por tudo o que já fizeram por mim. Vocês estão sempre comigo no coração.

Ao Dr. Sérgio Fernando, meu orientador, obrigado pelas orientações, pelo conhecimento transmitido e pelos conselhos no decorrer do curso, fez e fará muita diferença. E também muito obrigado pela confiança depositada em mim.

Aos amigos conquistados durante as aulas do Mestrado, em especial, Manoela e Rafael. Que bom conhecê-los, já estão em um lugar especial no meu coração.

Ao Padre Gilberto, pela amizade e pelas palavras de apoio em todos os momentos.

Ao meu tio Miguel Nenevê, pelo apoio e incentivo.

À Secretaria Municipal de Saúde, em especial Secretários Municipais neste período, Peter e Marcus, à ex-coordenadora de Saúde Bucal, Crista, pelo apoio e incentivo.

Aos professores do Departamento de Saúde Pública.

À Universidade Federal de Santa Catarina.

A todos que fizeram parte da minha vida, aos que permaneceram e aos que passaram.

Muito obrigado!

RESUMO

Objetivos: Avaliar se levantamentos epidemiológicos de cárie influenciam a programação e as políticas públicas de saúde bucal dos municípios. **Metodologia:** estudo de caso, com adoção de entrevistas, pesquisa documental e pesquisa avaliativa, para análise do período 1997-2010. Foi construída matriz de avaliação, baseada no modelo de Weiss para uso dos resultados de pesquisa, com duas dimensões – programação e políticas de saúde - e nove indicadores. Entrevistas semiestruturadas com os coordenadores de saúde bucal do período e pesquisa documental em material oficial produzido no período foram conduzidas e feita triangulação de métodos.

Resultados: seis indicadores foram considerados satisfatórios, dos quais quatro apresentaram evolução - Modelo de trabalho, Saúde do Trabalhador, Oferta de Especialidades e Agendamento; dois se mantiveram – Acesso ao flúor e Sistema de prevenção. Três indicadores foram insatisfatórios - Primeira consulta, Cobertura e Modelo de atenção. Há evidências que mudanças no modelo de atenção provocaram retrocesso nos indicadores, ao buscar a integralidade e oferta de atividades não curativas.

Conclusões: A avaliação realizada mostrou que os levantamentos influenciaram a programação e as políticas públicas de saúde bucal do município. A partir de recomendações oriundas dos levantamentos, medidas adotadas mostram a capacidade da gestão do município em melhorar a atenção à saúde bucal.

Palavras-chave: Saúde Bucal, Levantamento Epidemiológico, Programação.

ABSTRACT

Oral Health in São Bento do Sul: evaluation of changes in public policies and programming

In this work we aim at investigating whether epidemiological surveys on caries influence the municipalities relating to oral health planning and policies. For this purpose the methodology we used is a case study, adopting interviews, archival research and evaluative research considering the period from 1997 to 2010. I built an evaluation matrix based on Weiss model for the use of research results, with two dimensions - health policy and programming - and nine indicators. We conducted semi-structured interviews with coordinators of oral health for the mentioned period as well as documentary research in official material. Afterwards we made the triangulation of methods. The results suggested that six indicators were considered satisfactory from those, four presented evolution – Work Model, Occupational Health, specialties and Scheduling Offer; two remained the same : access to fluoride and prevention system. Three indicators were unsatisfactory - Initial consultation, Cover and attention model. There is evidence that the changes in the model of care led a backward movement in the indicators when searching for the wholeness and offer of non curative activities. The conclusion we draw is that the surveys influenced the municipality in the programming and policies of oral health. The recommendations resulting from the surveys, influenced measures taken by the municipality and reveal the ability of its management to improve the oral health care.

Keywords: Oral Health - Epidemiological Survey - Health Programming.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – MODELO TEÓRICO LÓGICO	38
Figura 02 – MODELO TEÓRICO BASEADO EM WEISS	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Resultado da avaliação das alterações de programação e políticas públicas do município de São Bento do Sul, no período de 1996 – 2010.....	52
Tabela 02 – Detalhamento da análise da porcentagem de primeiras consultas nos anos de 1997, 2003 e 2010.....	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Descrição sintética da matriz avaliativa.	45
Quadro 2 – Necessidades apontadas após levantamento epidemiológico de 1996.....	62
Quadro 3 – Necessidades apontadas após levantamento epidemiológico de 2002.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CAP's - Caixas de Aposentadorias E Pensões
- CD - Cirurgião Dentista
- CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
- CMI - Complexo Médico Industrial
- CMS - Conselho Municipal de Saúde
- CNS - Conferência Nacional de Saúde
- CPO-D – Índice de Dentes Cariados, Extraídos e Restaurados
- DATASUS - Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
- ESB - Equipe de Saúde Bucal
- ESF - Estratégia de Saúde da Família
- IAP'S - Instituto de Aposentadorias e Pensões
- MS- Ministério da Saúde
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- OPAS - Organização Panamericana de Saúde
- PAC'S - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PC - Procedimentos Coletivos
- PNSB - Política Nacional De Saúde Bucal
- PREV-SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
- PSF - Programa de Saúde da Família
- SAMAE - Sistema De Abastecimento Municipal De Água E Esgoto
- SES-SC - Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina
- SMS – Secretaria Municipal de Saúde
- SUS - Sistema Único de Saúde
- UFSC- Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	21
2. REVISÃO DA LITERATURA	23
2.1. POLÍTICAS PÚBLICAS, POLÍTICAS DE SAÚDE E A PESQUISA.....	23
2.2. AVALIAÇÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	30
3. OBJETIVOS	35
3.1. GERAL:	35
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	35
4. MÉTODOS	37
4.1. AVALIAÇÃO	37
4.2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	39
4.2.1. Pesquisa documental	39
4.2.2. Entrevistas:	40
4.3. TRIANGULAÇÃO DE MÉTODOS.....	40
4.4. SUJEITOS DA PESQUISA	41
4.5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS	41
4.6. LIMITAÇÕES DA PESQUISA	41
5. FORMULAÇÃO DA MATRIZ AVALIATIVA	43
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
6.1 . DIMENSÃO PROGRAMAÇÃO:.....	53
6.2. DIMENSÃO POLÍTICAS PÚBLICAS	58
6.3. MUDANÇAS OBSERVADAS	61
7. CONCLUSÕES	67
8. REFERÊNCIAS	69
9. ANEXOS	75
ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO UTILIZADO NA PESQUISA.	75

ANEXO 2 – PARECER POSITIVO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA EMITIDO PELO CEPESH/UFSC	75
ANEXO 3 – ARTIGO ORIUNDO DA DISSERTAÇÃO, DE ACORDO COM AS NORMAS DA REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA, PARA SUBMISSÃO.	75
9.1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO....	76
9.2. PARECER POSITIVO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA EMITIDO PELO CEPESH/UFSC	77
9.3. ARTIGO	78

SAÚDE BUCAL EM SÃO BENTO DO SUL: AVALIAÇÃO DAS ALTERAÇÕES DE SUAS POLÍTICAS PÚBLICAS E PROGRAMAÇÃO.

1. INTRODUÇÃO

O projeto tem como proposta associar o diagnóstico de cárie realizado periodicamente e as políticas públicas e programação adotadas pelo município após a sua realização. Para este diagnóstico que mede a prevalência e severidade da cárie, foi criado um método de avaliação que é aceito por toda a comunidade internacional como indicador do perfil da saúde bucal, o CPO-D. Essa sigla é uma representação numérica que indica a prevalência de cárie dental no indivíduo (ou em uma determinada população estudada) e é calculada a partir da quantidade de dentes atacados por cárie, registrados como cariados (C), perdidos (P) e obturados (O) (OPAS, 2001). A soma de dentes atacados resulta no indicador de cada indivíduo, e para o conjunto de pessoas se utiliza a média aritmética. Muitos países fazem periodicamente essas aferições (denominados levantamentos ou estudos epidemiológicos) por meio das quais se podem verificar a média de cárie por pessoa no país e com isto avaliar a eficácia dos programas governamentais de prevenção em saúde bucal e planejar outras ações (OPAS/OMS, 2001).

As políticas públicas e programação em saúde devem ser baseadas nos princípios de universalidade de atenção (todo cidadão tem direito à saúde), de integralidade de serviços (as necessidades da população devem ser atendidas em sua totalidade) e da equidade.

Poucos estudos na área de saúde bucal fazem esta associação entre resultados de levantamentos epidemiológicos e a programação, o que mostra a necessidade da realização deste projeto. Deste modo é possível mostrar o potencial dos levantamentos epidemiológicos para a programação em saúde bucal para os municípios e não apenas sendo utilizados para divulgar números estatísticos de aumento ou diminuição da cárie.

No município de São Bento do Sul, Santa Catarina, foi realizado um levantamento epidemiológico de saúde bucal em 1996, a partir do qual foram sugeridas modificações na programação de saúde bucal. Novos levantamentos foram realizados em 2002 e 2009.

No período compreendido entre 1996 a 2010 foi feita a avaliação através da “utilização de pesquisa”, sugerido por Weiss (1979) pelo modelo de resolução de problemas e análise de resultados procurando responder se os indicadores epidemiológicos de cárie levaram as gestões

a novas programações implantadas para a saúde bucal do município, sem desconsiderar as políticas públicas de saúde nesse período. A autora demonstrou que a pesquisa afeta e influencia novas políticas através de modelos que são interligados ao sinônimo de seu conceito.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. POLÍTICAS PÚBLICAS, POLÍTICAS DE SAÚDE E A PESQUISA

A política pública é o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e/ou analisar essa ação e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (HOCHMAN et al, 2007). Segundo o mesmo autor, a formulação de políticas públicas constitui-se em programas e ações implementadas por governos, que traduzem seus propósitos e que produzirão resultados e mudanças no mundo real. Constituídas por planos, programas, projetos e bases de dados, as políticas públicas devem ficar submetidas ao acompanhamento e avaliação.

A gestão pública em saúde tem como finalidade atingir objetivos que garantam padrões mínimos de proteção contra riscos sociais e promoção do bem-estar. (HOCHMAN et al., 2007).

A política de saúde, por si mesma complexa, ainda envolve outros fatores como as múltiplas determinações sobre o estado de saúde da população e dos indivíduos. Souza, em 2002, listou algumas delas: as diferentes necessidades de saúde em uma população; os tipos de ações e serviços necessários para dar conta dessas necessidades; o desenvolvimento de recursos humanos e tecnológicos necessários para atendê-las; interesses e pressões do mercado na área da saúde (no âmbito da comercialização de equipamentos, medicamentos, produção de serviços, entre outros) que por vezes desestruturam um sistema embasado na concepção de que saúde é um direito de cidadania (SOUZA, 2002).

A atividade de gestão em saúde pode ser definida como a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) por meio do desenvolvimento das funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (NICKEL, 2008).

Uma trajetória das políticas públicas de saúde no Brasil, baseada em Teixeira (2007), está sintetizada a seguir: durante a Primeira República, até a década de 30, ficaram conhecidas pela expressão “sanitarismo de campanha”, onde se destacavam as campanhas sanitárias de Oswaldo Cruz e o saneamento no porto de Santos pelo Dr. Emílio Ribas. As ações eram pontuais, esporádicas e voltadas para

campanhas de erradicação ou controle de doenças transmissíveis epidêmicas em locais específicos.

A Lei Eloi Chaves de 1923 iniciou a assistência médica a segurados pelas Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP's), dando origem a um segundo período, definido pelo Populismo da era Vargas; a Seguridade e a Assistência Médica apareceram como prioridades, num modelo de associação entre seguridade e assistência médica que perdurou até o SUS. A partir de 1942 houve um maior combate às endemias, com estímulo às campanhas de vacinação. O modelo de Assistência foi centrado no médico, nos interesses da indústria de medicamentos e equipamentos, sendo ela privada e para segurados.

O Ministério da Saúde foi criado em 1953 onde as ações em Saúde Pública se concentraram nas campanhas e nas ações desenvolvimentistas. A Assistência médica era essencialmente curativista, com manutenção da dicotomia entre saúde pública e assistência médica. Com isto houve um descontentamento geral com as políticas de saúde.

As políticas públicas até este momento podem ser resumidas ao modelo sanitarismo-campanhista (lógica do Ministério da Saúde) e ao modelo baseado na assistência a cargo do aparato de seguridade, representado pelos IAP's (Instituto de Aposentadoria e Pensões), existentes apenas para alguns setores mais organizados da economia formal.

No estado militarista (1964-84) a saúde foi considerada um bem de consumo, com financiamento de estabelecimentos de saúde pelo Fundo de Desenvolvimento Social. O Ministério de Previdência e Assistência Social realizava a assistência médica e o Ministério da Saúde incentivava medidas de saúde pública de caráter coletivo, com ações de promoção e prevenção.

A prática assistencialista, especializada e individual em detrimento das medidas de saúde pública ainda prevalecia. Construiu-se um poderoso complexo médico industrial (CMI) dos fabricantes de equipamentos, medicamentos, hospitais privados que assessorava a eleição de políticos comprometidos com a defesa de seus interesses (DA ROS, 2006).

O CMI foi o resultado de desenvolvimento capitalista da área médica, onde práticas privadas tornaram-se hegemônicas e o conhecimento humano se dedicava à solução de problemas de vida e morte. Segundo Da Ros, as políticas públicas de saúde no Brasil das décadas de 60/70 se caracterizavam com uma proposta positivista, uni

causal, flexneriana e voltada para os interesses do capital sustentado por uma ditadura militar.

Porém, a Medicina Comunitária em 1970 nos Estados Unidos trouxe ações de mudanças nas políticas de saúde como a implantação de serviços básicos em áreas pobres e rurais e a incorporação de estudantes nos trabalhos desenvolvidos. Originou-se uma nova força política/ator que foi se conformando no novo espaço político de articulação de vários núcleos, e que estas vertentes faziam parte de um processo de construção de um movimento social (SCOREL, 1998).

A partir de 1980 com o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social fez com que surja uma integração dos ministérios, uma participação dos estados e municípios, regionalização, participação comunitária, hierarquização, integração de ações preventivas e curativas. Mas a crise econômica acabou inviabilizando este programa.

Com a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) as teses do movimento da Reforma Sanitária, com o lema “Saúde é um direito de todos e dever do Estado” propõem a de criação de um sistema unificado de saúde.

A Constituição 1988 contemplou a VIII CNS e fez nascer o Sistema Único de Saúde (SUS) com os princípios e diretrizes de universalidade do acesso, integralidade da assistência, equidade, descentralização com direção única em cada esfera de governo, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, priorização das ações segundo o perfil epidemiológico da população, direito à informação e participação da comunidade.

Com a implantação do SUS, houve um aumento das ações de promoção, prevenção e assistência com responsabilidade da gestão, um enfoque integral e intersetorial, assistência médica para todos, descentralização e participação da população.

Um dos eixos de sustentabilidade político-econômica do SUS estava ligado ao processo de mudança do modelo de atenção, que neste momento passou por um período de transição, onde ainda predominava o modo de produção flexneriano. Para conquista de um modelo que assegurasse a universalidade e a integralidade de atenção à saúde, foi necessária uma estratégia de ação para reverter o desencantamento dos brasileiros com o SUS, pois o sistema dependia da força com que a sociedade exercesse e colocasse a vida e a saúde dos cidadãos à frente de outras racionalidades e que o caminho para isso seria a construção de políticas públicas (RIBEIRO, 2008).

As políticas públicas de saúde atuais devem contemplar os pressupostos do SUS, dando ênfase à atenção básica, como ocorre na Estratégia de Saúde da Família (ESF), na Política Nacional de Atenção Básica e no PACS (Programas de Agentes Comunitários de Saúde) e exercem um maior controle no sistema hospitalar e especializado. O desafio foi e será a reafirmação dos princípios e diretrizes e a garantia dos financiamentos para as políticas de saúde.

O Ministério da Saúde definiu a área de Saúde Bucal como uma de suas prioridades e lançou o Programa Brasil Sorridente (Política Nacional de Saúde Bucal) como política de governo.

A Política Nacional de Saúde Bucal (2004) apresentou as diretrizes do Ministério da Saúde para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS, resultantes de um processo de discussões com os coordenadores estaduais de saúde bucal e fundamentando-se nas proposições geradas em congressos e encontros de odontologia e de saúde coletiva, bem como em consonância com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e da I e II Conferências Nacionais de Saúde Bucal. Estas diretrizes constituíram o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta à produção do cuidado (BRASIL, 2004).

O Programa Brasil Sorridente resgatou a necessidade de o Estado cumprir uma política de saúde integrada às políticas socioeconômicas, criando meios para que fossem efetivas. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apurados em 1998 indicaram que, até aquele ano, 30 milhões de brasileiros nunca tinham ido ao dentista.

De acordo com o primeiro levantamento nacional de saúde bucal, concluído em março de 2004 pelo Ministério da Saúde, 13% dos adolescentes nunca foram ao dentista; 20% da população brasileira já perderam todos os dentes; 45% dos brasileiros não têm acesso regular a escova de dente (PUCCA JR, 2006).

Uma das características foi a reorientação do modelo assistencial, em busca do acesso universal à assistência odontológica contemplando todas as faixas etárias. Esta concepção de saúde não está centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e na intervenção nos fatores que a colocam em risco, pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais.

Dentro das Diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal, documento que serve de apoio aos vários municípios que procuram oferecer atendimento odontológico, na perspectiva da atenção integral,

está a construção de políticas públicas saudáveis e o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todos os indivíduos. Estas políticas devem gerar oportunidades de acesso à água tratada, incentivar a fluoretação das águas e o uso de dentifrício fluoretado. Para tanto há a organização de um sistema nacional de vigilância sanitária dos teores de flúor.

Já as ações de promoção da saúde devem contemplar os fatores de risco ou de proteção simultâneos de doenças da cavidade bucal e de outros agravos como diabetes, hipertensão, obesidade, trauma e câncer.

Reforça-se a inclusão das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família, melhorando o atendimento na atenção primária, pois assegura a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos.

Neste programa há a ampliação do atendimento para o nível secundário com a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) de acordo com as Portarias N° 599/GM de 23 de março de 2006 que define critérios, normas e requisitos para sua implantação e credenciamento e a Portaria N°600/GM de mesma data que institui o seu financiamento (Brasil, 2006). É uma continuidade do serviço prestado pelas unidades básicas. É importante destacar que os ganhos desta política nacional de saúde bucal não são revertidos apenas para a população assistida, mas para os próprios profissionais da área da saúde bucal contratados para o desenvolvimento do programa.

Uma das ferramentas mais importantes e utilizadas para a implantação de políticas de saúde é a *programação em saúde*, entendida como uma tecnologia de trabalho usada pela saúde coletiva para atingir seus objetivos. Paim & Filho, em 2000 citam quatro pressupostos básicos para o sucesso desta programação: (i) a saúde entendida como estado vital, setor de produção e campo de saber articulados com a sociedade; (ii) as ações de saúde que reúnem as noções de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como reabilitação; (iii) a construção do objeto de trabalho da saúde coletiva na interface do biológico com o social. E (iv), a definição de saber e conhecimento como compreensão das leis que determinam a realidade para transformá-la.

Já Zanetti (2000) cita cinco pressupostos: (i) a humanização e democratização da prática assistencial pública; (ii) a gestão otimizada de recursos segundo os critérios de eficiência alocativa; (iii) a mobilização de recursos mais apropriados às estratégias de mudança das estruturas epidemiológica, assistencial, gerencial e política, na multiplicidade de contextos apresentada pelos municípios brasileiros; (iv) universalização imediata de uma frente preventivo-promocional, integralizada por uma agenda única de atividades; (v) a instituição de uma sólida e

conseqüente retaguarda curativa, territorializada, regionalizada e hierarquizada, mediante rotinas de referência e contra-referência, implantadas junto a todas as unidades do Programa de Saúde da Família e com as demais unidades da rede.

É um instrumento de planejamento para novas atenções com importantes atributos que podem criar modelos assistenciais mais adequados (MENDES GONÇALVES,1993) . Este autor apresenta seis teses de como não dever ser tratadas as ações de uma programação em saúde.

- I) Não trata do mesmo problema que a Medicina, porque é uma aplicação tecnológica da ciência epidemiológica e não das ciências médicas. Na Epidemiologia o "normal" é quase sempre uma taxa mantida ou decrescente e nas ciências médicas é a ausência de doença.
- II) Não é uma padronização sistemática de condutas, pois a doença se expressa de maneira individual com variação para cada pessoa na resposta ao diagnóstico e à terapêutica. A ação programática deve ter como base os indicadores de saúde-doença para que se possa demonstrar que os recursos terapêuticos utilizados são efetivos. Não há nenhuma padronização que possa ser aplicada para todos os indivíduos, em períodos distintos para a mesma população. Somente se for possível explicar e antecipar todas as variações destes indicadores associados aos problemas existentes. A programação deve ser modificada se houver mudanças entre o conjunto formado por indicadores e o contexto em questão ao que se denomina Padronização Variável de Condutas. Por isto é essencial a avaliação periódica da ação programática definida.
- III) Não é uma burocratização, pois os meios do processo de ação programática não devem sobrepor os fins. A burocratização somente é viável quando apresenta características técnicas de uma racionalização deste processo.
- IV) Não é uma racionalização de meios escassos para atingir objetivos mínimos, pois desta forma há uma superposição dos meios aos fins. A racionalização econômica dos meios só tem consistência quando os fins permanecem identificados estabelecendo os meios.
- V) Só se efetiva plenamente nos casos extremos do Totalitarismo e da Democracia plena. No Totalitarismo, o poder de repressão

total determina se as soluções realizam seu plano de maneira plena. Na Democracia, a ação programática não tem uma fórmula única e ideal, mas procura uma definição das idéias de transparência, construção do caráter público do Estado e da participação social. A associação da descoberta do diagnóstico epidemiológico ao perfil socialmente significativo e de consciência das doenças deve ser realizada sempre.

VI) Não é uma panacéia, pois a ação programática para efetivamente modificar a saúde da população deve envolver o nível político, os processos de trabalho e as suas interferências causadas pelas relações sociais. Deve ser um dispositivo dotado de caráter crítico e grande flexibilidade técnica e política. O modelo deve estar sempre atualizado, buscando acompanhar o seu histórico para sempre que necessário ser remodelado.

Dentre os pressupostos de Paim & Filho (2000), Zanetti (2000) e Gonçalves (1990), optou-se pelo último, principalmente usando como referência os itens II e VI.

Na análise feita na programação do município, estas teses serviram como base para mostrar que soluções não devem ser sistematicamente padronizadas, e deve possuir caráter crítico além de flexibilidade técnica e política.

As políticas públicas, em especial as da saúde, mantêm uma relação dinâmica e regular com o campo da pesquisa aplicada. Haja vista que um dos marcos para definição de uma política de ciência e tecnologia em saúde foi a 1ª. Conferência de Ciência e Tecnologia em Saúde (MS, 1994). A partir de 2001, o Ministério da Saúde estruturou-se para cumprir com suas funções de financiador, usuário e indutor de pesquisas em saúde, com caráter estratégico para o desenvolvimento e consolidação do SUS. O uso de dados coletados através de investigações científicas pode favorecer a alocação de recursos, beneficiando assim a saúde da população e fazendo parte do desenvolvimento social com o princípio da equidade (WHO/ACHR, 1998).

A pesquisa e a política são processos que acontecem em lugares distintos, mas que interagem em muitas situações. Para tal, deve-se criar e reconhecer as oportunidades para que haja aplicação da pesquisa e obter bons resultados com a criação de novas políticas. (ELIAS, 2004)

2.2. AVALIAÇÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Após a Segunda Guerra Mundial houve um aumento dos custos e da complexidade da atenção médica com o uso de tecnologias e procedimentos médicos mais sofisticados. Além disso, a diminuição do crescimento econômico e da capacidade do Estado de financiamento dos serviços de saúde fez com que fosse necessário o controle de custos dos sistemas de saúde. Essa realidade favoreceu o aumento expressivo de trabalhos e pesquisas sobre avaliação dos custos e da qualidade da assistência em saúde (HARTZ, 1997).

A partir dos anos 70, intensificou-se a necessidade de avaliar as ações sanitárias, visto que a mudança na conformação política do estado, no sentido do estado mínimo, levando à diminuição dos gastos sociais. (CONTANDRIOPOULOS, et al., 1997).

A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo em todos os setores dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. Ela não tem apenas caráter técnico, embora essa dimensão esteja presente, devendo envolver os atores sociais, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham corresponsabilidades (BRASIL, 2003).

A avaliação em saúde, de caráter institucional, permite conhecer o desempenho do setor e aperfeiçoar os resultados, detectando os problemas, corrigindo-os e buscando novos objetivos. Este processo avaliativo serve como ferramenta de gestão e contribui para a qualificação da atenção à saúde (NICKEL, 2008).

A avaliação de resultados ou de impacto seria aquela capaz de mensurar com maior fidedignidade a intervenção executada, porém esbarram na dificuldade de medir os resultados, visto que muitas vezes o impacto resultante de uma intervenção requer um tempo longo para que possa ser observado (MEDINA, AQUINO, CARVALHO, 2000).

Há que se destacar a importância da avaliação da efetividade/impacto das ações sobre o nível de saúde da população. Na impossibilidade de se realizar estudos especiais voltados para a aferição deste atributo, o acompanhamento e estudo das séries temporais de indicadores de morbi-mortalidade podem fornecer padrões indicativos das modificações esperadas (SILVA, 1994).

Esta situação é possível neste estudo por dois motivos: a série cronológica é razoavelmente longa (1996-2010) e existem dados para um grupo populacional, além dos dados transversais de cada momento.

Para a tomada de decisão é necessário que os avaliadores utilizem todos os métodos disponíveis. A avaliação de uma intervenção deve permitir o julgamento de sua eficácia e inclusive dos fatores explicativos dos resultados obtidos, para futuras modificações (NOVAES, 2000).

Os objetos da avaliação em saúde vão desde um procedimento específico até um sistema de saúde, cada um com suas características, objetivos e estratégias. Logo os processos de avaliação, suas técnicas e objetivos sempre serão diferentes. Ao avaliar uma ação específica de saúde a característica técnica é prioritária, levando a considerar o processo de execução da ação e se os padrões de excelência são obedecidos. Podem ser avaliados, também a cobertura da ação e seu impacto sobre a saúde da população (VIACAVA ET AL., 2004).

Dentre autores que estudaram a utilização dos resultados de pesquisas, serão destacados dois: Weiss, que se identifica pela cultura norte-americana; e Trostle, que segue o contexto latino-americano (ELIAS, 2004).

Na década de 70 havia uma preocupação de pesquisadores da área social de como tornar úteis as pesquisas, a fim de serem “usadas” para a criação ou influência de novas políticas (WEISS, 1979).

Para explicar a utilização da pesquisa, Weiss classificou-a em sete modelos:

1. Modelo do conhecimento dirigido: segue uma sequência linear onde a pesquisa básica pressiona a elaboração da pesquisa aplicada, seguida do desenvolvimento e uso da tecnologia e da incorporação de novas tecnologias.
2. Modelo para resolução de problemas: é a aplicação direta dos resultados de uma pesquisa para resolver problemas ou tomar alguma decisão ainda necessária. O resultado da pesquisa deve conter evidências empíricas que solucionem ou ajudem a solucionar o problema. Mas para isto é necessário que os atores que desenvolvem a política tenham definido claramente qual é o problema, verificado se a pesquisa não traz resultados inconsistentes e que não sejam contrários a fortes interesses, deixando clara a tomada de decisão.
3. Modelo interativo: como o próprio nome sugere, o conhecimento e a informação são captados em fontes e áreas distintas sendo orientados por diferentes grupos sociais. A tomada de decisão será baseada em experiências anteriores, resultados de pesquisa, pressão social e outras questões que podem estar interagindo.

4. Modelo Político: Os resultados da pesquisa são obtidos e utilizados com fins ideológicos e de inteligência com o objetivo de induzir, neutralizando quem está na oposição, convencendo que está na dúvida e garantindo o apoio de quem já os apoia.
5. Modelo Tático: A pesquisa é utilizada para conter pressões, sugerindo novas políticas após o seu resultado e para justificar implantação de ações às vezes não bem aceitas pela população.
6. Modelo Iluminador/ Esclarecedor: O resultado da pesquisa deve ser divulgado em canais informais ou formais para que haja esclarecimento se os resultados realmente mostram necessidades de mudanças políticas, se as decisões anteriores foram sensatas ou não.
7. Modelo Empreendedor: Há uma interação entre a pesquisa, a política e os interesses sociais no período em questão. Os interesses políticos são ligados a questões sociais levando a obtenção de fundos para pesquisa o que atrai os pesquisadores.

Trostle et al. (1999) fazem uma síntese a partir dos modelos de Weiss (1979), definindo três abordagens:

1. Racional: absorve os modelos do conhecimento dirigido, da resolução de problemas que são lineares.
2. Estratégica: que agrupa os modelos político e tático onde a pesquisa é utilizada para sustentar decisões tomadas ou validá-las.
3. Esclarecedora ou difusora: que agrega os modelos interativo, esclarecedor e empreendedor. Há uma interação entre pesquisa, processo social e tomada de decisão.

Para este autor, a pesquisa será utilizada nas políticas se houver presença relevante de atores sociais, com grupos de interesse e formuladores de política.

O impacto dos resultados para a gestão, que significa qualidade dos serviços, nem sempre pode ser medido clinicamente ou epidemiologicamente, sendo necessário o uso de outros parâmetros; por exemplo, com uma ação destinada a diminuir o tempo de espera dos pacientes resultará em melhorias no acolhimento sem necessariamente ter impacto direto sobre a saúde.

Este trabalho adotou a concepção de Carol Weiss, ao estudar a relação entre as programações em saúde bucal, as políticas públicas de saúde e os resultados dos levantamentos epidemiológicos ocorridos no

município de São Bento do Sul no período 1996-2010, analisando até que ponto resultados epidemiológicos de saúde bucal foram utilizados para alterar programação ou políticas de saúde bucal.

Os levantamentos mediram a prevalência e a severidade da cárie, com método de avaliação aceito por toda a comunidade internacional como indicador do perfil da saúde bucal, o CPOD. Essa sigla é uma representação numérica que indica a prevalência de cárie dental no indivíduo (ou em uma determinada população estudada) e é calculada a partir da quantidade de dentes atacados por cárie, registrados como cariados (C), perdidos (P) e obturados (O) (OPAS, 2001). A soma de dentes atacados resulta no indicador de cada indivíduo, e para o conjunto de pessoas se utiliza a média aritmética. Muitos países fazem periodicamente essas aferições (denominados levantamentos ou estudos epidemiológicos) por meio das quais se podem verificar a média de cárie por pessoa no país e com isto avaliar a eficácia dos programas governamentais de prevenção em saúde bucal e planejar outras ações (OPAS/OMS, 2001).

As políticas públicas e programação em saúde devem ser baseadas nos princípios de universalidade de atenção (todo cidadão tem direito à saúde), de integralidade de serviços (as necessidades da população devem ser atendidas em sua totalidade) e da equidade.

3. OBJETIVOS

3.1. GERAL:

Avaliar se os resultados dos levantamentos epidemiológicos (diagnósticos) de cárie alteraram as políticas e programação da gestão municipal de São Bento do Sul, Santa Catarina.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Avaliar as mudanças de políticas públicas e programação em saúde bucal ocorridas no período de 1996 até 2010.
- Analisar se as mudanças de políticas públicas e programação podem ser atribuídas aos resultados dos levantamentos epidemiológicos.

4. MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso, do tipo histórico-organizacional (TRIVIÑOS, 1987). Segundo o autor, este tipo de pesquisa se caracteriza pela análise profunda e complexa de uma situação, sendo mais comum a abordagem qualitativa. Sua principal limitação está na extrapolação dos resultados para outras situações, e sua principal qualidade está na escolha de um fato, situação ou contexto que tenham propriedades peculiares que justifiquem uma análise. O município de São Bento do Sul (SC) foi escolhido pelo fato de ter realizado alguns levantamentos epidemiológicos de saúde bucal nos últimos vinte anos, ter recebido assessoria científica de pesquisadores da UFSC para sua realização e ter proposto medidas de intervenção a partir de seus resultados em pelo menos uma situação, o que o distingue em relação a outros, uma vez que está prática não foi observada no Brasil (FREITAS, 2008).

4.1. AVALIAÇÃO

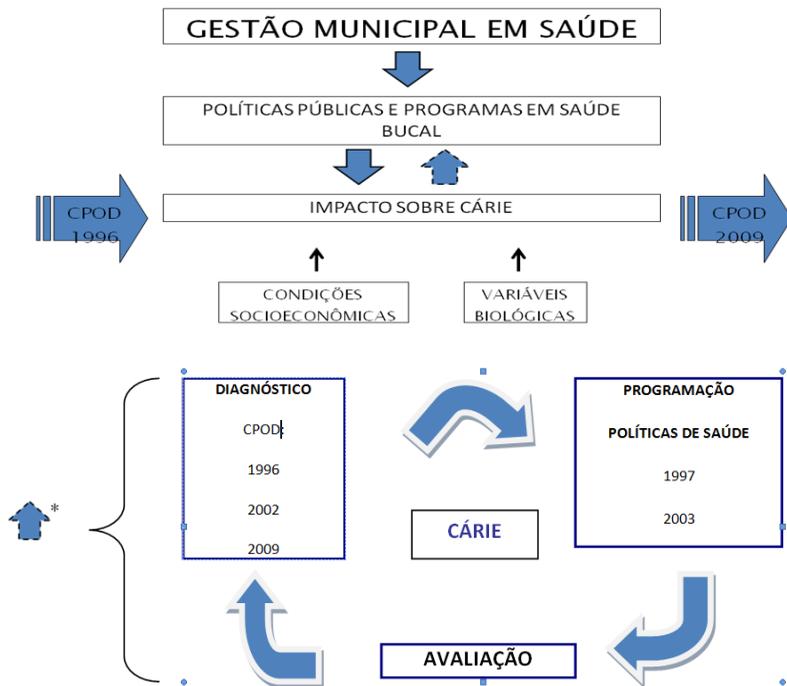
A pesquisa fez uma avaliação da sua utilização, como proposto por Weiss (1979), baseada no modelo de resolução de problemas / análise de resultados, já que tem apresentado grande aceitabilidade e, por esse motivo, tem sido amplamente difundido. Isso se verifica em virtude de sua compatibilidade e subsequente utilidade para os programas de saúde, uma vez que essa abordagem contempla a lógica de funcionamento desses serviços de atendimento direto: recursos, organização, atividades, serviços e efeitos (AGUILAR & ANDEREGG, 1994).

A avaliação respondeu ao objetivo geral proposto nesta pesquisa, associando as políticas implantadas aos resultados dos levantamentos epidemiológicos.

A construção de um modelo teórico foi a estratégia de operacionalização do desenho da pesquisa avaliativa. Este modelo descreveu teoricamente a funcionalidade de um programa através de uma síntese de seus principais componentes, resumindo o mecanismo de funcionamento do programa por meio de uma sequência de passos unindo o processo aos resultados, levando em consideração a interação dos efeitos de seus componentes com o impacto do referido programa. Permitiu também mostrar a infraestrutura necessária para a operacionalização do programa. Ele denotou os princípios que dizem respeito às condições para a sua efetividade e fornecem uma estrutura de

referência para avaliações (MOREIRA, 2002). O modelo teórico-lógico desenvolvido para esta pesquisa está colocado na Figura 01, a seguir.

Figura 01 – MODELO TEÓRICO LÓGICO



Fonte:Elaboração própria

O *rationale* de sustentação construído está colocado a seguir.

A Gestão municipal de saúde, sendo descentralizada, assume a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde por meio do desenvolvimento das ações de coordenação, articulação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

As políticas públicas adotadas traduzem seus propósitos em programas e ações que produzirão resultados e mudanças no mundo real. (HOCHMAN et al, 2007).

Na saúde bucal, além das condições socioeconômicas e variáveis biológicas, estas políticas utilizadas causam impacto sobre as condições de saúde e alteram os índices epidemiológicos de cárie. Mas a partir

destes levantamentos epidemiológicos realizados, a gestão municipal realiza mudanças nas políticas e programação adotadas?

Os diagnósticos de cárie realizados em 1996, 2002 e 2009 em crianças de 12 anos trazem a prevalência e a severidade da doença e devem alterar a programação e as políticas públicas para estas que sejam eficazes.

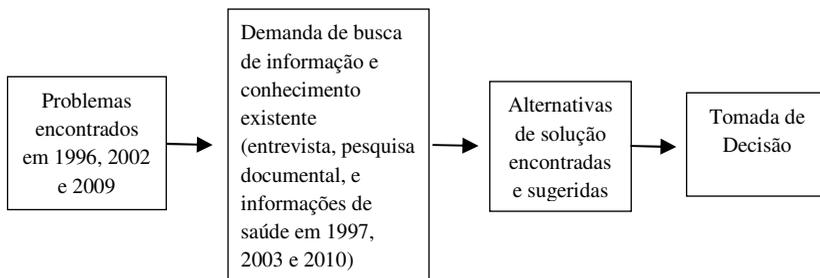
A nova programação e políticas de saúde adotadas devem trazer medidas que promovam impacto sobre a cárie, havendo diminuição na prevalência da doença.

A avaliação é feita para se verificar se o diagnóstico de fato alterou a programação e as políticas de saúde adotadas pelos gestores do município dentro do período de tempo analisado. O CPOD – índice que mede prevalência e severidade de cárie – é a tradução concreta do impacto produzido.

Este Modelo Teórico-Lógico fundamentou a Matriz avaliativa e a avaliação propriamente dita.

Para analisar se houve a utilização das medidas sugeridas nos levantamentos epidemiológicos, se de fato foram adotadas pelas gestões, construiu-se um Modelo Teórico baseado em Weiss (1979), através do modelo de resolução de problemas e análise de resultados que está descrito na figura 2.

Figura 02 – MODELO TEÓRICO BASEADO EM WEISS



Fonte:Elaboração própria

4.2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.2.1. Pesquisa documental

Foi realizada uma análise de todos os documentos produzidos no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de São Bento do Sul referentes

a propostas e/ou modificações na programação de saúde bucal, nas políticas de saúde bucal e geral ocorridas no período de estudo.

4.2.2. Entrevistas:

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os coordenadores de saúde bucal deste período para uma busca das políticas e programações utilizadas pelos gestores dentro daquelas sugeridas após levantamentos epidemiológicos e/ou propostas pelas gestões a fim de verificar se estas foram realmente implantadas. Esta etapa visou à busca de informações qualitativas eventualmente perdidas ou não registradas.

As entrevistas foram precedidas por uma elaboração de roteiro, e aplicada uma pré testagem, tanto do instrumento quanto do entrevistador. Esta etapa foi supervisionada por um pesquisador experimentado em realização de entrevistas, e constituída por três atividades de entrevistas com o roteiro definido, para dar características de flexibilidade e foco ao entrevistador, bem como complementar ou suprimir itens de orientação para a condução das entrevistas. Questões como conduta de abordagem, explicação dos objetivos da entrevista e da pesquisa, condução naturalizada do diálogo para condução do roteiro foram corrigidas ou melhoradas.

A etapa seguinte, de análise de entrevistas, foi feita a partir das gravações, pelo autor do trabalho e seu orientador, identificando-se falas correspondentes aos elementos de análise definidos pelo roteiro de entrevista e pela matriz de avaliação. Esta técnica, adaptada da análise de conteúdo de Bardin(1977), permitiu a confirmação ou identificação de adoção de elementos da política pública e da programação por efeito dos levantamentos epidemiológicos.

4.3. TRIANGULAÇÃO DE MÉTODOS

A triangulação de métodos foi adotada para permitir maior confiabilidade das informações, dando mais consistência aos achados da matriz avaliativa. As entrevistas estavam sujeitas ao viés de memória dos entrevistados, devido ao tempo ocorrido entre os fatos e sua evocação; mas foram checadas em vários momentos com os registros oficiais da SMS de São Bento do Sul.

Por outro lado, a escassez de informações contidas nos documentos oficiais foi recuperada nas entrevistas com os antigos

coordenadores, quando haviam evidências de mudanças apontadas pela avaliação sem detalhamento nos documentos.

4.4 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram três dos quatro coordenadores de Saúde Bucal do município entre o ano de 1996 até 2010. Neste período, foram selecionados para a pesquisa todos aqueles que estiveram nesta função por um espaço de tempo maior, não caracterizando sua passagem pela função por um caráter temporário ou de interinidade.

4.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Foram explicados aos participantes os procedimentos, objetivos e a importância da pesquisa, bem como a confidencialidade dos dados coletados. Além disso, foi assumido o compromisso de sigilo da identidade dos participantes, informado o direito de escolha de participar da pesquisa e a possibilidade de desistência no momento que desejarem. Estando os participantes de acordo, foi assinado um “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (anexo) antes de iniciar a entrevista.

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, com o intuito de receber o consentimento de que esta pesquisa está de acordo com os princípios éticos de direitos humanos dos participantes da pesquisa. O processo de nº 1955 foi aprovado no dia 03 de outubro de 2011, e está disponibilizado nos anexos.

Os procedimentos estão de acordo com as recomendações da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

4.6 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

As limitações da pesquisa estão associadas a possíveis falhas de registro em relação à documentação sobre a programação e políticas adotadas no período pesquisado; as mudanças nas formas de registro de procedimentos nos sistemas de informação dentro do período analisado; ao viés de memória dos entrevistados; e ao fato dos resultados não poderem ser extrapolados para outras situações de modo direto.

5. FORMULAÇÃO DA MATRIZ AVALIATIVA

No modelo desenvolvido, a utilização dos levantamentos epidemiológicos em Saúde Bucal foi decomposta em duas dimensões avaliativas: a programação e as políticas públicas.

A programação deve mostrar a capacidade da gestão do município em prover a atenção à saúde bucal com qualidade e efetividade a fim de reduzir os riscos e os agravos na população, indicados pelo levantamento epidemiológico. A Gestão municipal de saúde, sendo descentralizada, assume a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde por meio do desenvolvimento das ações de coordenação, articulação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

As políticas públicas adotadas traduzem propósitos em programas e ações que produzirão resultados e mudanças no mundo real. (HOCHMAN et al., 2007).

Para a dimensão “Programação” foram definidos cinco indicadores, e para a dimensão “Políticas públicas” foram definidos quatro indicadores - variáveis que podem quantificar possíveis alternâncias no comportamento dos critérios definidos, mensurando as modificações ocorridas devido à presença ou não do serviço e quantificar resultados da assistência realizada (GASTAL, 1995).

A melhoria da gestão e da qualidade da assistência é um dos principais objetivos do uso dos indicadores (COLUSSI, 2010), e estes garantem a credibilidade da informação, explicando os conceitos existentes na programação, seu contexto e o que podem produzir através de medidas específicas que possam ser interpretadas (MOREIRA, 2002).

Os indicadores de programação escolhidos foram o Modelo de Trabalho, Sistema de prevenção, Agendamento de pacientes, Primeira consulta e Cobertura.

Para as Políticas Públicas, os indicadores definidos foram: Modelo da Atenção, Saúde do Trabalhador, Oferta de Especialidades e Acesso ao Flúor.

O parâmetro é o referencial para o avaliador. Donabedian (1986) descreve o parâmetro como uma especificação quantitativa precisa do nível de um critério que resultará em qualidade em um grau determinado. A comparação da medida aferida com parâmetros já definidos é indispensável para numa avaliação se chegar a um juízo de valor (TANAKA E MELO, 2004).

A escolha dos indicadores foi justificada a partir dos *rationales* disponíveis no quadro 01.

Quadro 01 – Descrição sintética da matriz avaliativa.

DIMENSÃO	INDICADOR	RATIONALE	MEDIDA	PARÂMETRO
PROGRAMAÇÃO	MODELO DE TRABALHO	A % de tratamentos mutiladores identifica a preocupação da gestão em priorizar ou não atendimento orientado para a recuperação.	Porcentagem de exodontias de dentes permanentes em 1997, 2003 e 2010.	< 5% - <u>Satisfatório</u> ≥5% - <u>Insatisfatório</u>
PROGRAMAÇÃO	PREVENÇÃO	São ações educativas e preventivas realizadas em vários espaços sociais, oferecidos de forma contínua para diversos grupos de usuários.	Cobertura de procedimentos coletivos de saúde bucal em grupos de não escolares, em 1997, 2003 e 2010.	Sim – <u>satisfatório</u> Não – <u>insatisfatório</u>
PROGRAMAÇÃO	AGENDAMENTO	Define possibilidade de completar tratamentos em saúde bucal e oferecer atenção básica integral.	Porcentagem de unidades de saúde com agendamento de pacientes em 1997, 2003 e 2010.	100% - <u>Satisfatório</u> < 100% - <u>insatisfatório</u>
PROGRAMAÇÃO	PRIMEIRA CONSULTA	A proporção de primeira consulta indica a cobertura do atendimento odontológico para tratamento, recuperação e reabilitação.	Porcentagem da 1ª consulta programáticas em relação ao número total de procedimentos odontológicos realizados na AB, nos anos de 1997, 2003 e 2010.	≥16% Satisfatório < 16% <u>insatisfatório</u>

PROGRAMAÇÃO	COBERTURA	A ampliação da oferta de serviços reflete a preocupação com a universalização da atenção	Número de procedimentos por habitante em 1997, 2003 e 2010.	≥ procedimento/habitante /ano <u>Satisfatório</u> < procedimento/habitante /ano - insatisfatório
POLÍTICAS PÚBLICAS	MODELO DE ATENÇÃO	A migração para o modelo da ESF promove maior possibilidade de atender o princípio da integralidade na AB	Porcentagem de unidades com ESF que possuem ESB em 1997, 2003 e 2010.	100% - Satisfatório < 100% - <u>insatisfatório</u>
POLÍTICAS PÚBLICAS	SAÚDE DO TRABALHADOR	A oferta de serviço noturno amplia o acesso dos trabalhadores e é parte da PNSB	Presença ou ausência	Sim – satisfatório Não - insatisfatório
POLÍTICAS PÚBLICAS	ESPECIALIDADE E	Reflete a preocupação com a oferta de atenção integral para além da atenção básica	Percentual de procedimentos clínicos de especialidades em 1997, 2003 e 2010, em relação ao total.	≥ 0,05 proc./habitante - satisfatório < 0,05 proc./habitante – <u>Insatisfatório</u>
POLÍTICAS PÚBLICAS	ACESSO AO FLÚOR	A inclusão do íon Flúor na água de abastecimento para o consumo confere item de prevenção à cárie. Além de possuir respaldo legal, indica a ação intersetorial das instituições estatais e/ou privadas para evitar agravos à população atendida.	Porcentagem de pessoas residentes no município atendidas pela fluoretação da água de abastecimento para consumo humano nos anos de 1997, 2003 e 2010.	≥ 68% - <u>Satisfatório</u> <68% - Insatisfatório

Fonte:Elaboração própria

Para a dimensão Programação, os indicadores são descritos a seguir.

O modelo de trabalho tem como medida utilizada a porcentagem de exodontias de dentes permanentes realizadas em 1997, 2003 e 2010. O *Rationale* foi estabelecido porque os tratamentos mutiladores (exodontias) identificam a preocupação da gestão em priorizar ou não atendimento orientado para a recuperação (COSTA, CHAGAS, SILVESTRE, 2006). Optou-se pelo uso do valor médio calculado em Santa Catarina em 2006, devido à ausência de parâmetros definidos na literatura científica ou documentos técnicos para este indicador. Julga-se como parâmetro satisfatório quando a porcentagem for menor que 5,35% e insatisfatório quando maior ou igual a 5,35% (NICKEL, 2008).

O Sistema de prevenção será avaliado pela cobertura de procedimentos coletivos de saúde bucal em grupos de não escolares, em 1997, 2003 e 2010. As ações educativas e preventivas devem ser realizadas em vários espaços sociais, oferecidos de forma contínua para diversos grupos de usuários. (BRASIL, 2004). Considera-se satisfatório quando estes procedimentos são oferecidos para algum grupo diferente dos escolares e considera-se insatisfatório quando só realizado em escolares, dada a tradição da odontologia em trabalhar exclusivamente com escolares.

O Agendamento utiliza a porcentagem de unidades de saúde com agendamento de pacientes em 1997, 2003 e 2010 como medida. O *Rationale* se justifica pela possibilidade de completar tratamentos em saúde bucal e oferecer atenção básica integral apenas quando há um agendamento que permita a clientela uma continuidade do tratamento até que as suas necessidades sejam integralmente atendidas. A atenção programada em odontologia implica no agendamento dos indivíduos que necessitam de atendimento continuado, devendo levar em consideração o risco de adoecimento dos mesmos, através de critérios que definam as prioridades (BRASIL, 2006). Quando houver agendamento de pacientes em todas as unidades de saúde para atendimento odontológico será considerado satisfatório e quando não houver agendamento em 100% das unidades será classificado como insatisfatório.

A Primeira consulta será mensurada através da razão entre o total de 1ª consultas programáticas oferecidas e o total da população nos anos de 1997, 2003 e 2010. O *Rationale* define que a primeira consulta odontológica programática é realizada com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico, para atender as necessidades detectadas, não se referindo a atendimentos

eventuais como os de urgência/emergência, que não tem seguimento previsto (BRASIL, 2006). Portanto, a proporção de primeira consulta indica a cobertura do atendimento odontológico para tratamento, recuperação e reabilitação. Subsidiaria a avaliação, o planejamento e a implementação de ações de saúde bucal na atenção básica. Conforme meta do estado de Santa Catarina para 2007 foi definido como satisfatório se o resultado for maior ou igual a 16% e insatisfatório se for menor a esta porcentagem (SANTA CATARINA, 2007).

A cobertura tem como medida o número de procedimentos por habitante em 1997, 2003 e 2010. O *Rationale* considera a cobertura um atributo básico na avaliação de um serviço de saúde, pois só se pode avaliar qualquer outro atributo, se houver a oferta e a utilização de um serviço (FORMIGLI, COSTA, PORTO, 2000). A cobertura mede a proporção da população que se beneficia do serviço. A ampliação da oferta de serviços reflete a preocupação com a universalização da atenção. De acordo com a Portaria nº 1101, de 12 de junho de 2002, será considerado satisfatório se a cobertura for igual ou maior que 1 procedimento por habitante em um ano e insatisfatório quando menor que 1.

Para a dimensão Políticas públicas, foram adotados os indicadores Modelo de atenção, Saúde do trabalhador, Oferta de especialidades e o Acesso ao Flúor.

O modelo de atenção será calculado pela porcentagem de unidades de saúde com equipes de ESF em 1997, 2003 e 2010. Segundo o *rationale*, a migração para o modelo da ESF promove maior possibilidade de atender o princípio da integralidade na Atenção Básica. A inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família, além de agregar os incentivos financeiros para o município, proporciona a reorientação da atenção odontológica oferecida à população para esse novo modelo. (COLUSSI, 2010). Será classificado como satisfatório se todas as equipes de Estratégia de Saúde da Família possuem Equipe de Saúde Bucal; e insatisfatório se o percentual for menor que 100%.

A saúde do trabalhador é definida por ausência ou presença de 3º turno de atendimento em ao menos uma unidade de saúde, permitindo acesso regular dos trabalhadores. O *rationale* assume que a existência já caracteriza a preocupação da política pública do município em atender a classe trabalhadora e também aos princípios da PNSB (NICKEL, 2008).

As especialidades terão como cálculo o percentual de procedimentos clínicos de especialidades em 1997, 2003 e 2010 em relação ao total. Pelo *Rationale* este indicador reflete a preocupação com a oferta de atenção integral para além da atenção básica, classificando-se

como satisfatória quando o percentual for maior ou igual a 0,05 e insatisfatória quando este índice for menor (COLUSSI, 2010).

O acesso ao flúor será medido pela porcentagem de pessoas residentes no município que são atendidas pela fluoretação da água de abastecimento para consumo humano nos anos de 1997, 2003 e 2010. Pelo *Rationale* a inclusão do íon Flúor na água de abastecimento para o consumo confere item de prevenção à cárie. Além de possuir respaldo legal, indica a ação intersetorial das instituições estatais e/ou privadas para evitar agravos à população atendida (BRASIL, 2004). Foi adotado o valor médio deste indicador no estado de Santa Catarina como ponto de corte. Quando o percentual for maior ou igual a 68% será classificado como satisfatório e quando menor que este percentual será classificado como insatisfatório. Esta opção de construção de parâmetro estadual foi feita diante da ausência de uma definição de parâmetro para acesso à água fluoretada na literatura consultada (NICKEL, 2008).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após levantamento dos dados para medida dos indicadores e utilizados os parâmetros adotados, a avaliação da matriz teve o seguinte resultado:

Tabela 01 – Resultado da avaliação da alteração das alterações de programação e políticas públicas do município de São Bento do Sul, no período de 1996 – 2010.

Dimensão	Indicador	1997	Avaliação	2003	Avaliação	2010	Avaliação
Programação	Modelo de trabalho	11 %		8 %		1 %	
Programação	Prevenção	SIM		SIM		SIM	
Programação	Agendam ento	<100 %		100 %		100%	
Programação	Primeira consulta	0,17		0,15		0,14	
Programação	Cobertura	0,7		1,04		0,97	
Polit.Publicas	Modelo Atenção	100%		100 %		72%	
Polit.Publicas	Saúde Trabalhad or	NÃO		NÃO		SIM	
Polit.Publicas	Especialid ade	0,01		0,024		0,052	
Polit.Publicas	Acesso ao Flúor	86%		94%		99%	

Fonte:Elaboração própria

Legenda: Satisfatório ou Insatisfatório

6.1. DIMENSÃO PROGRAMAÇÃO:

O primeiro indicador avaliado é o Modelo de trabalho, que tem como medida a porcentagem de exodontias de dentes permanentes; percebe-se uma significativa mudança com a diminuição do número de extrações entre 1997, 2003 e 2010. Os números absolutos, respectivamente, são de 5761, 5617 e 2967 extrações de dentes permanentes. Esta redução pode estar relacionada com a redução da carga da cárie dentária observada ao longo dos últimos anos no Brasil e, hipoteticamente, à mudança no modelo de atenção (NARVAI, 2006).

Isto sinaliza para uma mudança de programação no município, incentivando o tratamento orientado para a recuperação, somado às atividades preventivas “com atividades educativas para crianças e pais”, como citou o entrevistado (E1). Embora tenha havido uma diminuição evidente da severidade e prevalência de cárie nos levantamentos epidemiológicos realizados, estes ocorreram apenas na população de 7 a 14 anos, podendo-se admitir que ainda exista um percentual importante de adultos e idosos, com necessidades complexas de tratamento, compatíveis com exodontias no início do período, mas não no final. Com a implantação do Centro de Especialidades Odontológicas, a oportunidade de recuperação e manutenção aumentou com a realização do tratamento endodôntico e periodontal. No seu conjunto, este indicador mudou para melhor, e pode-se atribuir este fato, como relata E1, às medidas preventivas de escovação e uso tópico e sistêmico do Flúor e a uma mudança de postura da gestão e da prática clínica. Além disto, “... dentistas novos, com outra formação na universidade” todos no serviço público preocupados em preservar a dentição.

Outro indicador da dimensão Programação é o Sistema de Prevenção. Na portaria 184, de 09 de outubro de 1991, foram inseridos os ‘Procedimentos Coletivos’ (PC) de saúde bucal na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, criando condições para que atividades de caráter educativo e de proteção específica à saúde bucal (entre as quais aplicação de bochechos com flúor e escovação supervisionada com creme dental fluorado) pudessem também ser financiadas com recursos do Fundo Nacional de Saúde (FRAZÃO, 1998).

Com as mudanças propostas pelo SUS, a prevenção deve ter seu significado orientado para atender aos princípios e valores inovadores deste sistema; dentre outros, o conceito ampliado de saúde e a integralidade da atenção com vistas a possibilitar a atenção humanizada

e integral à população brasileira. Para isto, as ações preventivas devem ser estendidas a outros grupos populacionais, além dos escolares, como era tradição na odontologia.

A cobertura de procedimentos coletivos de saúde bucal em grupos de não escolares é uma das atividades preconizadas na Estratégia de Saúde da Família. A cobertura populacional, característica da estratégia, aliada a ação coletiva de escovação dental supervisionada mostra-se essencial para o fortalecimento da saúde bucal na Atenção Básica, além de organizar e direcionar esses serviços.

Mas para isto é necessário que a atividade seja realmente realizada. A escovação em grupos de não escolares ocorre desde o início das atividades das duas equipes de Programa de Saúde da Família existentes em 1998, cobrindo grupos específicos “... gestantes, crônicos e adolescentes, aproveitando encontro de equipes multidisciplinares” como cita o entrevistado E2. Com a ampliação do número de equipes nos anos seguintes, esta atividade também atingiu mais pessoas. Apenas houve alguma dificuldade no ano de 2005 quando a coordenação de saúde bucal foi assumida... “por uma pessoa leiga” como se refere o entrevistado E2, fazendo que os programas preventivos em grupos de não escolares neste ano não fossem realizados. Neste período, como sinaliza o entrevistado E3, foi realizado...” um trabalho de informação em cima das crianças,... um trabalho educativo nas escolas que foi a sugestão do meu trabalho”, confirmando a informação de que o trabalho concentrou-se em escolares. Note-se que esse retrocesso nas ações programáticas não alterou os resultados, por ter ocorrido num período curto e entre dois momentos da avaliação.

Mas o comprometimento dos profissionais envolvidos e da gestão é essencial para que o desenvolvimento destas ações realmente ocorra. “Eu percebi que a equipe de Odontologia é uma equipe muito focada no trabalho”, declara o entrevistado E3. Como em grande parte deste período o sistema de prevenção foi realizado, faz com que seja considerada satisfatória a avaliação da prevenção.

O Agendamento é o terceiro indicador de programação. O acesso ao atendimento odontológico se dá na maioria das vezes através tratamento de emergências ou por meio de filas de espera, fazendo com que as pessoas desistam do tratamento ou sofram conseqüências das suas necessidades, que vão se acumulando (DUMONT, 2008).

Em 1997 o agendamento não era realizado em todas as unidades de saúde, apenas na unidade central. O atendimento ocorria conforme o número de vagas oferecidas e por ordem de chegada. Com o início das atividades de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família, nestas

unidades as pessoas idosas, gestantes, adolescentes eram agendadas para dar continuidade ao tratamento, um agendamento parcial conforme relatou o entrevistado E1. E durante a sua coordenação, o entrevistado E2 cita o agendamento como "... um nó crítico da gestão"... devido à grande procura para atendimento emergencial e a baixa oferta de vagas para atendimento, "mas que já está bem melhor". Por isso havia agendamento, mas para grupos prioritários acima citados.

Nesta situação é importante definir prioridades para tratamento para que a promoção de equidade aconteça. O uso de protocolos orientando a necessidade de agendamento já existia desde o início da coordenação do entrevistado E1, "... para se padronizar", citou.

Duas unidades de atenção básica à saúde do município adotaram o agendamento para todas as pessoas que procuravam atendimento. A Unidade Móvel Odontológica a partir de 1998 e a Unidade Rio Vermelho Estação no ano de 2004, quando foi instalada.

As demais equipes de Saúde da Família também adotaram o sistema de agendamento para os grupos já citados acima.

O Centro de Especialidades Odontológicas também apresenta agendamento para todos os clientes desde sua implantação no município.

Considerando esta evolução, pode ser considerada satisfatória a avaliação deste indicador; embora não exista agendamento para a totalidade dos usuários, existe agendamento em todas as unidades, atendendo os pressupostos do rationale.

A primeira consulta odontológica programática é realizada com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico, para atender as necessidades detectadas, não se referindo a atendimentos eventuais como os de urgência/emergência, que não tem seguimento previsto (BRASIL, 2006).

Este indicador, segundo relatório da SES-SC (SANTA CATARINA, 2007, p.2), apresenta registros deste código em qualquer tipo de consulta, seja de urgência/emergência, consultas de atendimento a demanda espontânea ou consulta subsequente (retorno), ocorrendo uma superestimativa desse procedimento. É necessário que os municípios capacitem seus recursos humanos para que seja efetuado corretamente o registro da primeira consulta odontológica programática.

No ano de 1997, foram registradas 10.074 primeiras consultas para uma população de 59.269 (17%). No ano de 2003, com 10.241 consultas atingiu-se 15% e em 2010, 14% (10.201 consultas numa população de 74.797 habitantes).

No município, conforme protocolo, esta orientação do registro correto da primeira consulta programática foi estabelecida desde o início. Por isso as porcentagens encontradas estão próximas à meta estabelecida pela Secretaria de Estado de Santa Catarina em 2007 de 16% (SANTA CATARINA, 2007).

Mas esta pequena diminuição observada pode significar uma melhoria no atendimento, devido ao novo modelo de atenção. Na ESF, a atenção em saúde bucal apresenta, ao mesmo tempo, um aumento na porcentagem de tratamentos completados e maior dedicação na realização de atividades preventivas e educativas, fora do âmbito da assistência. De acordo com a PNSB, o dentista deve dispor entre 15% e 25% de seu tempo nessas atividades.

A tabela 02 detalha os mecanismos de cálculo para estimar a relação primeira consulta e número total de consultas oferecidas.

Tabela 02 – Detalhamento da análise da porcentagem de primeiras consultas nos anos de 1997, 2003 e 2010.

Ano	Número de 1ª. consultas (X)	(X) / N° de dentistas 20 horas (Y)	(Y) / 22 semanas anuais	% Primeira consulta/ dentista
1997	10.074	10.074/ 11: 915.8	41.6	69.3% *
2003	10.241	10.241/ 18: 569	25.8	43.1%*
2010	10.201	10.201/32: 378.7	14.5	36.2%**

Fonte:Elaboração própria

*Em 1997 e 2003 eram realizados 3 atendimentos por hora

**Em 2010 eram realizados, conforme protocolo, 2 atendimentos por hora.

Para chegar à conclusão de uma melhoria, denotando uma valorização da atenção para completar o tratamento, dividiu-se o número de primeiras consultas realizadas nos anos analisados pelo número de dentistas que atuam no determinado período. Para fins de cálculo, a carga horária dos dentistas foi transformada em unidade de 20 horas semanais. Em 1997 havia 10 dentistas com 20 horas e dois com 10 horas semanais, sendo assim considerados 11. Em 2003 eram 10 dentistas com 20 horas e 4 com carga horária de 40 horas semanais, sendo considerado portanto 18. Já em 2010 eram 12 dentistas com 20 horas e 10 com 40 horas semanais resultando em 32. Não foi incluído nos cálculos o trabalho dos gestores de saúde bucal, mas apenas a força de trabalho daqueles diretamente envolvidos com a assistência odontológica.

Dividindo-se o número de atendimentos pelo número dentistas e depois pelo número de semanas trabalhadas ao ano, obtém-se o número de primeiras consultas por dentista a cada semana. Sendo 60 o número de consultas semanais por dentista em 1997 e 2003 e de 40 no ano de 2010, calcula-se a percentagem de primeiras consultas.

Observa-se uma diminuição significativa demonstrando que o número de consultas programadas é ampliado, atendendo os preceitos do novo modelo de atenção, contemplando a integralidade e dando conclusão ao tratamento.

Pôde-se observar que apesar deste indicador ser avaliado como insatisfatório, há uma melhoria nos padrões de atenção ao indivíduo.

O indicador Cobertura trabalha com o número de procedimentos clínicos, dividido pela população do município no ano analisado. Conforme a Portaria 1101, de 12 de junho de 2002, considera-se bom o resultado entre 0,4 e 1,6. Foi utilizado o valor central 1 como parâmetro de satisfatório (BRASIL,2002).

Os resultados obtidos em 1997, 2003 e 2010 são, respectivamente de 0,7, 1,04 e 0,96. Entre os anos de 2003 e 2010 houve um decréscimo. Com a ampliação das equipes da estratégia de Saúde da Família e a implantação do Centro de Especialidades, incentivada pelo Programa Nacional de Saúde Bucal, há um crescimento do modelo que visa a atenção curativa mais completa (integral) convivendo com uma atenção da família que busca a promoção da saúde e prevenção da doença. Para isto os profissionais passam a dividir o atendimento com práticas coletivas de promoção à Saúde. Dados do DATASUS mostram que em 2003 foram realizados 65.500 procedimentos coletivos em saúde bucal para uma população de 70.091. Em 2010 estão registrados 123.764 procedimentos com uma população de 74.797 habitantes. Enquanto a população teve um crescimento de 6,7%, o número de procedimentos aumentou em 88,9%.

Além disto, profissionais que atuavam na atenção básica passam a realizar atendimento especializado dentro do CEO, com procedimentos de média complexidade que demandam maior tempo para serem realizados.

Dado o conjunto de informações, concluiu-se que a diminuição da cobertura, neste caso, reflete a mudança do modelo de atenção prestado ao usuário, através de uma programação diferenciada. É também importante destacar que houve nítido avanço da cobertura entre 1996 e 2003; mas no período subsequente, os dados são limítrofes: seja para o cumprimento da meta, com 1,04 consultas oferecidas, seja para o

não cumprimento, com 0,96 consultas por habitante ano, deve-se ter cautela na interpretação dos resultados.

6.2. DIMENSÃO POLÍTICAS PÚBLICAS

Indicador Modelo de Atenção

A Atenção Básica, a partir de 1994, foi reestruturada e reorganizada com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), depois denominada Estratégia Saúde da Família (ESF). A família é a unidade de intervenção e tem como pressupostos a reorientação das práticas profissionais, promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. Neste novo modelo de atenção, as intervenções são baseadas nas necessidades de saúde da população, dentre elas, a saúde bucal, favorecendo o acesso da população aos serviços odontológicos (OLIVEIRA ET AL., 2010).

Em São Bento do Sul, a saúde bucal está presente desde o início da implantação do PSF, “começou com odontologia, inclusive antes da normatização do governo federal,” relatou o entrevistado E1. “... São Bento, acho que foi o primeiro município de Santa Catarina que teve esta inclusão da odontologia e a gente tinha na época uma equipe de saúde bucal para cada equipe de saúde da família, uma coisa que veio ser exigida pelo Ministério muitos anos depois, destacou o E2.

No início, portanto 100% das equipes de Saúde da Família tinham também uma equipe de Saúde Bucal. “Importante... um programa integral tem que ter odontologia” acrescentou o entrevistado E2, além de “escutar quais são as necessidades desta população”.

A partir da implantação de novas equipes em 2004, em dois bairros mais populosos, receberam quatro novas equipes de SF, mas com apenas duas ESB, dificultando a prática dos princípios deste modelo de atenção.

Em 2009 são implantadas novas equipes de ESF, mas todas com componente de Saúde Bucal, evidenciando a preocupação da gestão em aprimorar o modelo de atenção visando os princípios do SUS. Em 2010, havia no município sete equipes de Saúde da Família e cinco Equipes de Saúde Bucal (72%). Este indicador não foi atingido, em que

pese a presença no Plano plurianual da Secretaria Municipal de Saúde a meta, proposta em 2008 e reiterada em 2012, de extensão para 100% das equipes SF com componente bucal. Foi uma das duas únicas medidas não atendidas para a saúde bucal pela gestão no Plano 2009-2012 (SÃO BENTO DO SUL, 2008).

Indicador Saúde do Trabalhador

Em 1997 o atendimento realizado pelas unidades de saúde ocorria apenas no horário diurno e não conseguia contemplar os trabalhadores que não podiam se ausentar de seu emprego.

A partir de 2005, seguindo orientação dada após o levantamento epidemiológico de 2002, foi implantado pela gestão o horário noturno para a classe operária. Eram 20 horas semanais oferecidas para este atendimento. Como disse na entrevista o E2... “o professor Sérgio” citou... “a necessidade de um atendimento extra horário que culminou com a instituição do atendimento noturno”. Também o E3 falou sobre as pessoas que buscavam atendimento, mas que só poderiam utilizar o horário noturno. Por isto, este horário foi ampliado para 40 horas, indicando a preocupação em facilitar o acesso ao atendimento, mostrando-se satisfatório. “Um trabalho que tem de ser elogiado” avaliou E3.

Indicador Especialidades

Com a expansão do conceito de atenção básica e o conseqüente aumento da oferta de procedimentos fez-se necessário também investimentos que propiciassem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção.

No município, a introdução de serviços como endodontia e atendimento a pacientes especiais teve início no final da década de 90, mas de maneira incipiente.

Com a implantação do CEO em 2007, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal de 2004, o município conseguiu melhorar significativamente a oferta de atendimentos às especialidades. O CEO implantado foi do tipo I, formado por três consultórios e oferecendo especialidades de Endodontia, Cirurgia oral menor, Periodontia, Atendimento aos portadores de necessidades especiais e Diagnóstico bucal, com ênfase na detecção de câncer bucal.

Em 1997, a razão entre o número total de procedimentos especializados e o número de total de procedimentos 0,01. Em 2003 houve um aumento neste número chegando a 0,02. Neste período, uma unidade central foi adequada para atendimento de com profissionais não especialistas em endodontia, algumas cirurgias e Pacientes especiais, como referido pelos entrevistados E1 e E2. O investimento não fora maior porque não havia incentivo financeiro do governo federal.

Em 2007, com a implantação do CEO, sob coordenação do E2, o número de procedimentos aumentou, em razão de que “... *havia um retorno financeiro*” do Ministério da Saúde.

Já em 2010, já com a presença do CEO tipo I, a razão entre o número de tratamentos especializados, considerados pela portaria 2898 de 2010 do Ministério da Saúde e o número total de Procedimentos foi de 0,05, tornando-se satisfatório (COLUSSI, 2010).

Apesar de 1997 e 2003 atingirem índices insatisfatórios, observa-se uma preocupação da gestão na oferta do serviço especializado, com um aumento de 100% em 2003 dos procedimentos especializados, mesmo antes da implantação do Centro de Especialidades Odontológicas.

Indicador Acesso ao Flúor

Com a Portaria N° 635/Bsb, de 26 de dezembro de 1975 que aprovou as normas e padrões sobre a fluoretação da água dos sistemas públicos, houve um grande avanço no controle da doença cárie na população brasileira.

No período 1986-1996, com 42% da população recebendo água fluoretada, a queda na prevalência da cárie entre crianças de 12 anos de idade foi de 53%. Os dentifrícios também são utilizados como veículos para uso do flúor em saúde pública (NARVAI, 2000).

Em 1997, em São Bento do Sul, segundo dados do sistema de tratamento de águas do município (SAMAE), 99% da população urbana possuía água fluoretada. Porém a população da zona rural não possuía tal benefício. Segundo dado estimativo do IBGE a população em 1997 era de 59.269 habitantes e 7704 moravam na Zona Rural. Com estes dados pode-se afirmar que 14% não recebiam água fluoretada. De acordo com o relato da entrevistada E1, a prevalência de cárie apontava... “*uma diferença razoável entre crianças que tinham acesso à água fluoretada e crianças que não*”.

Conforme dados epidemiológicos do levantamento de 1996, a maior prevalência de cáries estava na região rural. O relatório aponta o

índice CPOD, aos doze anos, maior nesta região, de 3,11 na zona urbana e de 5,32 na zona rural. A porcentagem de crianças desta idade livres de cárie era, respectivamente, de 11,5% e 35,8%.

Em 2003 a população total do município era de 70.091 e na zona rural 3611 reduzindo para 6% o percentual de pessoas sem acesso a água fluoretada em seu domicílio.

Com a ampliação da zona urbana, em 2010 apenas 3567 das 74.797 pessoas residentes em São Bento estavam residindo na Zona Rural (IBGE 2010). A maioria dos locais já possui água fluoretada; apenas 1% dos habitantes não são beneficiados por esta medida.

Há um avanço significativo no fornecimento de água fluoretada em todo o município, tornando este indicador cada vez mais satisfatório.

6.3. MUDANÇAS OBSERVADAS

A partir dos resultados observados e das análises realizadas, é possível identificar aspectos da utilização dos levantamentos epidemiológicos sobre a programação e as políticas públicas de saúde no município de São Bento do Sul.

Uma síntese das principais modificações, resultantes de cada momento está colocada a seguir.

Em 1996, após levantamento epidemiológico realizado, foram apontadas as seguintes necessidades e possibilidades de atuação:

Quadro 2 – Necessidades apontadas após levantamento epidemiológico de 1996.

Necessidades apontadas	Medidas sugeridas	Medidas adotadas
Potencializar a relação escola-serviço de saúde	Integração com a SME	Integração entre as Secretarias de Saúde e Educação
Transformar a Escola em ambiente de educação em saúde	Ampliação de escovação supervisionada e atividades de educação em saúde	Professores atuando como agentes de saúde bucal
Professores, pais e comunidade atuando do planejamento dos serviços	Planejamento participativo e maior atuação no CMS	-
Ampliar programas preventivos em pré-escolas	Criar programas de fluoretação em creches	Programa de bochechos implantado
Maior atenção a população de zona rural	Implantar clínicas modulares transportáveis; prever espaços para clínicas na Zona Rural; fluoretar caixas de água nas escolas rurais; distribuir insumos preventivos tópicos.	Aquisição de Unidade móvel para atender as comunidades rurais ; Fluoretação realizada em poços artesanais , caixas d' água e NaF ₂ em escolares
Maior atenção à dentição decidua	Criar grupos de agendamento para menores de 7 anos de idade	Implantação de atendimento nas creches municipais, a partir de 1999

Fonte:Elaboração própria

As principais medidas adotadas foram:

- A gestão adquiriu uma unidade móvel para atender as comunidades rurais do município, realizando atendimentos curativos e preventivos com agendamento. Esta unidade é instalada numa escola e todos os alunos, quando autorizados, recebem atendimento também conforme protocolo próprio, em rotina que acontece até os dias de hoje.
- Fluoretação na região rural foi realizada em poços artesianos e para escolares através do Fluoreto de Sódio em... *“gotas orais... orientando os pais”* como explica o entrevistado E1.
- Início de uma integração entre as Secretarias de Saúde e Educação para que o trabalho de escovação fosse monitorado por agentes de saúde- professores que ficassem responsáveis pela higienização bucal diária.
- Implantação de atendimento nas creches municipais, a fim de melhorar a atenção à dentição decídua, a partir de 1999.
- Maior participação dos profissionais para realizar o planejamento das ações a serem tomadas.

Em 2002, o Levantamento recomendou as ações que estão enumeradas no quadro abaixo.

Quadro 3 – Necessidades apontadas após levantamento epidemiológico de 2002.

Necessidades apontadas	Medidas sugeridas	Medidas adotadas
Aumento do acesso, buscando relação 1 CD/ 3500 hab.	Contratação de mais CDs	Expansão de RH a partir de 2004; meta sugerida realizada em 2010: 1CD/2337 hab.
Aumento da complexidade	Oferta de especialidades e procedimentos mais complexos	Aumento da oferta de complexidade, com a implantação do CEO tipo I em 2007.
Possibilidade de maior oferta de serviços para adultos	Ampliação dos grupos de agendamento para a população adulta	Agendamento para adultos a partir de 2004

Programação especial para trabalhadores (horários alternativos)	Criação de atendimento noturno	Oferta de atendimento noturno a partir de 2005 Ampliação do atendimento noturno de 20 horas para 40 horas semanais a partir de 2006.
---	--------------------------------	---

Fonte:Elaboração própria

- A programação foi ampliada, oferecendo a partir de 2005, horário noturno para atendimento de trabalhadores. Ampliação do horário de atendimento noturno de 20 horas para 40 horas semanais a partir de 2006.
- Aumento do número de dentistas em 2004, mas não o suficiente para atingir a meta sugerida; isto já ocorre em 2010, onde a relação estava em 1CD: 2337 hab.
- Aumento da oferta de complexidade, com a implantação do CEO tipo I em 2007.

Em 2004 houve a interrupção do atendimento realizado nas creches, que só foi retomado em 2010, uma das necessidades apontadas pelo último levantamento epidemiológico, como já havia ocorrido em 1996.

Através da avaliação realizada, com aplicação da matriz avaliativa, das entrevistas, pesquisa documental e das mudanças observadas é possível afirmar que os levantamentos influenciaram na programação de saúde bucal do município. A partir das recomendações realizadas foram tomadas medidas que mostram a capacidade da gestão do município em prover a atenção à saúde bucal com qualidade e efetividade a fim de reduzir os riscos e os agravos na população indicados pelo levantamento epidemiológico.

Em relação às políticas públicas, mudanças mais profundas são mais difíceis de ocorrer. Há necessidade de perceber que a cárie é uma doença que tem menos relevância em relação a outras doenças devido a sua baixa periculosidade, e por isto as gestões acabam não a priorizando. A partir de Políticas como a PNSB, as mudanças locais ocorrem com maior facilidade, mas quando o município é responsável, depende das diferentes necessidades de saúde em uma população, de sua capacidade de investimento, e de sua política no sentido mais amplo; os tipos de ações e serviços necessários para dar conta dessas necessidades; o desenvolvimento de recursos humanos e tecnológicos necessários para

atendê-las; interesses e pressões do mercado na área da saúde (no âmbito da comercialização de equipamentos, medicamentos, produção de serviços, entre outros) que por vezes desestruturaram um sistema embasado na concepção de que saúde é um direito de cidadania (SOUZA, 2002).

No entanto, há espaços para que os gestores melhorem suas políticas públicas de saúde bucal, como ocorreu nos casos dos indicadores referentes a saúde do trabalhador e no atendimento de especialidades odontológicas. E os levantamentos epidemiológicos podem e devem ser ferramentas importantes para orientar essas mudanças, o que pode ser sintetizado pela fala de um dos próprios coordenadores: *“A gente tentava sempre usar estes dados para desenvolver o trabalho dentro do município”*, afirma o E1.

7. CONCLUSÕES

1. Houve mudanças na programação e nas políticas públicas do município oriundas dos levantamentos epidemiológicos;
2. O modelo de análise adotado tem características que tornam sua utilização possível para qualquer município. Para a saúde bucal, de forma direta; para outros agravos, com utilização de indicadores e parâmetros específicos.

8. REFERÊNCIAS

AGUILAR, M. J. & ANDER-EGG, E. **Avaliação de Serviços e Programas Sociais**. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica n. 17**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. *Produto do trabalho da Comissão instituída pela Portaria N° 676 GM/MS de 03 de junho de 2003, publicada no DOU em 04 de junho de 2003.*

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. **Anais da 1ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde – I CNCTS**, Brasília, Coordenação Geral de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria 635/Bsb, de 26 de dezembro de 1975**. Aprova normas e padrões sobre a fluoretação da água, tendo em vista a Lei n° 6050/74. Brasília, DF. , 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 599/GM de 23/03/2006**. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União, s. 1, p. 51.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 600/GM de 23/03/2006**. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). Diário Oficial da União, s. 1, p. 52.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: 2004.

COLUSSI, C. F. **Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal em Santa Catarina** [tese]. Florianópolis, 2010.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* **A avaliação na área de saúde:** Conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.) *Avaliação em saúde:* dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. 31 p.

COSTA, J. F. R.; CHAGAS, L. D.; SILVESTRE, R. M. (orgs.). **A política nacional de saúde bucal do Brasil:** registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2006.

DA ROS, M. A.. **Políticas públicas de saúde.** In: Bagrichevsky M. Palma A, Estevão A, Ros MAD, editores. *A saúde em debate na Educação Física - volume 2.* Blumenau: Nova Letra; 2006. p. 47 . 66.

DUMONT, A. F. S. et al. **Índice de necessidade de tratamento odontológico:** o caso dos índios Xakriabá. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2008, vol.13, n.3, pp. 1017-1022. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000300024>.

ELIAS, F. T. S., PATROCLO, M. A. A. **Utilização de pesquisas:** como construir modelos teóricos para avaliação?. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2005, vol.10, n.1, pp. 215-227. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100028>.

SCOREL, S.. **Reviravolta na saúde:** origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1998.

FORMIGLI, V.L.A.; COSTA C.O.M.; PORTO L.A. **Avaliação de um serviço de atenção integral à saúde do adolescente.** *Cad Saúde Pública* 2000.

FRAZÃO, P. **Tecnologias em saúde bucal coletiva.** In: Botazzo, C.; Freitas, S.F.T. (Org.). *Ciências sociais e saúde bucal:* questões e perspectivas. Bauru/São Paulo: Edusc/Edunesp, 1998. p. 159-174.

FREITAS, S.F.T. **Equidade e Saúde bucal: para que serve um levantamento epidemiológico de saúde bucal?** IN: Seminários de pesquisa em Saúde Bucal Coletiva, 17ª. sessão, São Paulo, 27-29/02/2008. Disponível em: "http://www.isaude.sp.gov.br/observatorio/folder_17_sessao.ppt%20.%20Acessado%20em%2016/05/2012" 16/05/2012 (apresentação oral).

GASTAL F. L. **Controle estatístico de processo:** um modelo para a avaliação da qualidade de serviços de internação psiquiátrica. Tese (Doutorado em Psiquiatria e Psicologia Médica) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1995.

HARTZ, Z.M. de A.(org.). **Avaliação em Saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 131 p.

HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org.). **Políticas públicas no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Capturado em 12 abril de 2012.)

MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; CARVALHO, A. L. B. **Avaliação da atenção básica:** construindo novas ferramentas para o SUS. Saúde debate. Rio de Janeiro, 2000.

MENDES-GONÇALVES RB, Schraiber LB, Nemes, MIB. **Seis teses sobre a ação programática em saúde.** In: Schraiber LB organizadora. Programação em saúde hoje. São Paulo (SP): Ed. Hucitec; 1993. p. 37-63.

MOREIRA, T. M. A. **Estudo de caso da avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase.** [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.

NARVAI, P. C.. Cárie dentária e flúor: **uma relação do século XX.** *Ciênc.saúde coletiva* [online]. 2000, vol.5, n.2, pp. 381-392. ISSN 1413 8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200011>.

NARVAI P.C., FRAZÃO P., RONCALLI A.G., ANTUNES, J.L.F. **Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social.** *Rev Panam Salud Publica* 2006; 19(6): 385-93.

NICKEL, D. A. **Modelo de avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal.** 2008. 89 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

NOVAES, H.M.D.; **Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde.** *Rev. Saúde Publica*, 34(5): 547-59, 2000.

OLIVEIRA, L. S. G.; Nascimento D.D.G.; Marcolino, F.F. **Saúde bucal na estratégia saúde da família: percepções de profissionais e cuidadores familiares** *O Mundo da Saúde*, São Paulo: 2010;34(1):65-72.

OMS. **Levantamentos básicos em saúde bucal**. 4. ed. São Paulo, 1999

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS)-Brasil. **Saúde Bucal**. <http://www.opas.org.br/sistema/fotos/bucal.pdf>. (acessado 03/05/2010).

PAIM, J. S.; FILHO, N. A. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000. 125 p.

PUCCA JR., G.A.; **A política Nacional de saúde bucal como demanda social**. *Ciência Saúde Coletiva* [online]. Vol. 11 n.1, pp. 243-246, 2006.

RIBEIRO, C. **A integralidade e seus percursos no SUS**. Florianópolis. 121 f. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2008.

SÃO BENTO DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde, **Plano Plurianual de Saúde para Odontologia 2009-2012**, 2008. 02 p.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. **Plano estadual de saúde**. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina; 2007.

SILVA, L. M. V. & FORMIGLI, V. L. A. **Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas**. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 10 (1): 80-91, jan/mar, 1994.

SOUZA, R. R.; **Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo**. 2002.

TANAKA, O.; MELO, C. **Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa**. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 121-136.

TEIXEIRA, S. M F. **Assistência Médica Previdenciária - evolução e crise de uma política social**. In: Teixeira SMF, Bahia L, Amarante P, editores. *Saúde em Debate: Fundamentos da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes; 2007.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas. 1987.

TROSTLE, J; BRONFMEN, M; LANGER A. *How do researches influence decision-makers?: case studies of mexican policies. Health Policy and Planning, 1999.*

VIACAVAL, F. et al. **Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2004, vol.9, n.3, pp. 711-724. ISSN 1413-8123.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000300021>.

VIANNA, C.M.M. **Estruturas do Sistema de Saúde: do complexo médico industrial ou complexo médico financeiro.** *PHYSIS. Revista de Saúde Coletiva.* 2002; v. 12, n. 2:375-90.

WEISS, C. H. *The many meanings of research utilization. Public Administration Review,* p. 426–431, Sept./Oct. 1979.

WHO/ACHR. *Investing in health research and development.* Genebra, 1998.

ZANETTI, C.H.G. **Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) : proposição e programação.** Trabalho Acadêmico (Pólo UnB / Planaltina SUS-DF de Ensino e Pesquisa em Saúde Bucal) - Departamento de Odontologia, Universidade de Brasília, UnB. Brasília, 2000.

9. ANEXOS

ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO UTILIZADO NA PESQUISA.

ANEXO 2 – PARECER POSITIVO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA EMITIDO PELO CEPESH/UFSC

ANEXO 3 – ARTIGO ORIUNDO DA DISSERTAÇÃO, DE ACORDO COM AS NORMAS DA REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA, PARA SUBMISSÃO.

9.1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTUDO: “Saúde Bucal em São Bento do Sul: Avaliação do impacto dos indicadores epidemiológicos de cárie sobre as políticas e programação”.

Eu, _____, confirmo que o pesquisador Marcelo Leandro Nenevê discutiu comigo este estudo. Eu compreendi que:

A entrevista é parte de um estudo sobre a programação as políticas públicas realizadas no período de 1996 a 2010 em São Bento do Sul.

O objetivo do estudo é determinar se os levantamentos epidemiológicos realizados no município tiveram influência na programação e políticas públicas do município.

A minha participação sendo entrevistada é muito importante porque permitirá identificar a formulação de estratégias que garantam tratamento e prevenção mais eficientes. Eu posso escolher se participo ou não deste estudo. Minha decisão não implicará em quaisquer benefícios pessoais além da informação que receberei por parte dos pesquisadores da situação de saúde bucal do município. Também estou ciente de que a pesquisa não implicará em prejuízos pessoais.

Respondendo à entrevista, eu estarei concordado em participar da pesquisa. Todos os dados contidos na gravação da entrevista serão sigilosos e somente serão utilizados para esta pesquisa.

Se eu tiver alguma dúvida a respeito, eu posso contatar com Marcelo Leandro Nenevê pelo telefone (47) 3635-1475 (Coordenação de Saúde Bucal) ou Sérgio Fernando Torres de Freitas (48) 3721-5146 (UFSC)

Eu concordo em participar deste estudo.

Nome: _____

RG: _____

Entrevistador: _____

9.2. PARECER POSITIVO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA EMITIDO PELO CEPESH/UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



CERTIFICADO 3º 1955

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584-GR-99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPESH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPESH, CERTIFICA que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 1955 **FR:** 421447

TÍTULO: Saúde Bucal em São Bento do Sul: Avaliação das alterações de suas políticas públicas e programação

AUTOR: Sérgio Fernando Torres de Freitas, Marcelo Leandro Neneve

FLORIANÓPOLIS, 03 de Outubro de 2011.

Coordenador do CEPESH UFSC

9.3. ARTIGO

Resumo:

Objetivos: Avaliar se levantamentos epidemiológicos de cárie influenciam a programação e as políticas públicas de saúde bucal dos municípios. **Metodologia:** estudo de caso, com triangulação de métodos, a partir de entrevistas, pesquisa documental e pesquisa avaliativa, para análise do período 1997-2010. Foi construída matriz de avaliação para uso dos resultados de pesquisa, com duas dimensões – programação e políticas de saúde - e nove indicadores. Entrevistas semiestruturadas com os coordenadores de saúde bucal do período e pesquisa documental em material oficial produzido no período foram conduzidas.

Resultados: Seis indicadores foram satisfatórios e quatro apresentaram evolução: Modelo de trabalho, Saúde do Trabalhador, Oferta de Especialidades e Agendamento; dois se mantiveram – Acesso ao flúor e Sistema de prevenção. Três indicadores foram insatisfatórios: Primeira consulta, Cobertura e Modelo de atenção. Há evidências de que mudanças no modelo de atenção provocaram retrocesso nos indicadores, ao buscar a integralidade e as atividades não curativas.

Conclusões: A avaliação realizada mostrou que os levantamentos influenciaram a programação e as políticas públicas de saúde bucal do município. A partir de recomendações feitas, medidas adotadas mostram a capacidade da gestão do município em melhorar a atenção à saúde bucal.

Palavras-chave: Saúde Bucal, Levantamento Epidemiológico, Programação.

Abstract:

Aims: To investigate whether caries epidemiological surveys influence on the municipality's oral health programming and policies. **Methodology:** case study, with triangulation of methods, based on interviews, archival research and evaluative research. The period examined is from 1997 to 2010. Evaluation matrix was constructed for the use of research results, with two dimensions - health policy and programming - and nine indicators. We also used semi-structured interviews with coordinators of oral health for the observed period. Besides, we developed a documentary research in official material produced during the investigated period **Results:** Six indicators revealed to be satisfactory and four showed changes: Model Work, Occupational Health, Specialties Offer and Scheduling. Two remained the same: access to fluoride and prevention system. Three indicators were unsatisfactory: First consultation, Coverage and Attention Model. There is evidence that changes in the model of care caused setback in the indicators, by seeking completeness and non-curative activities. **Conclusion:** Our evaluation reveals that the surveys influenced on the municipality's oral health programming and policies.. Based on the recommendations, the actions taken by the municipality show the ability of the management to improve the oral health care.

Keywords: Oral Health - Epidemiological Survey, Programming

1. Introdução

Poucos estudos na área de saúde bucal associam resultados de diagnóstico com programação e reorientação de políticas públicas. Na área da saúde, as políticas públicas e sua programação devem ser baseadas nos princípios doutrinários do SUS. No caso da saúde bucal, é possível e desejável mostrar o potencial dos levantamentos epidemiológicos para a programação, utilizando-os para mais que divulgar números estatísticos de aumento ou diminuição da cárie.

A formulação de políticas públicas constitui-se em programas e ações implementados por governos, que traduzem seus propósitos e que produzirão resultados e mudanças no mundo real. Constituídas por planos, programas, projetos e bases de dados, as políticas públicas devem ficar submetidas ao acompanhamento e avaliação¹.

A política de saúde envolve outros fatores, como os múltiplos determinantes sobre o estado de saúde da população e suas diferentes necessidades de saúde, num sistema embasado na concepção de que saúde é um direito de cidadania².

Uma das principais ferramentas para a implantação de políticas de saúde é a *programação em saúde*, entendida como uma tecnologia de trabalho usada pela saúde coletiva para atingir seus objetivos, sendo um instrumento do planejamento com importantes atributos que podem criar modelos assistenciais mais adequados³.

O Ministério da Saúde (MS) definiu a área de saúde bucal como uma de suas prioridades e lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), com diretrizes para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS, que constituem o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal⁴.

Dados de 1998 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicavam que 30 milhões de brasileiros nunca tinham ido ao dentista. O levantamento nacional de saúde bucal realizado em 2004 estimou que 13% dos adolescentes que nunca tinham ido ao dentista; 20% dos brasileiros já haviam perdido todos os dentes e 45% dos brasileiros não tinham acesso regular a escova de dentes⁵.

A PNSB propôs a reorientação do modelo assistencial, buscando acesso universal à assistência odontológica, promoção da qualidade de vida e intervenção em fatores de risco, pela incorporação das ações programáticas mais abrangentes e desenvolvimento de ações intersetoriais. Reforçou a inclusão da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF), melhorando o atendimento na atenção primária, por assegurar a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos. A

ampliação para atenção em nível secundário foi introduzida em 2006, com a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)⁶.

A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo, que deve ocorrer contínua e sistematicamente, não tendo apenas caráter técnico, mas deve envolver os atores sociais com vistas a uma pactuação entre sujeitos que partilham corresponsabilidades⁷. Permite conhecer o desempenho do setor e aperfeiçoar os resultados, detectando os problemas, corrigindo-os e buscando novos objetivos. Este processo avaliativo serve como ferramenta de gestão e contribui para a qualificação da atenção à saúde⁸.

A avaliação de uma intervenção deve permitir o julgamento de sua eficácia e inclusive dos fatores explicativos dos resultados obtidos, para futuras modificações⁹, embora muitas vezes esbarre na dificuldade de medir os resultados, porque o impacto resultante de uma intervenção pode exigir longo tempo para que possa ser observado¹⁰.

Na década de 70 houve uma preocupação de pesquisadores da área social de como tornar úteis as pesquisas, a fim de serem utilizadas para a criação ou influência de novas políticas¹¹.

Este trabalho pretende uma aproximação das concepções de Weiss¹¹, ao analisar a relação entre a programação em saúde bucal, as políticas públicas de saúde e os resultados dos levantamentos epidemiológicos ocorridos em São Bento do Sul no período 1996-2010, para avaliar sua utilização para alteração dessas políticas e da programação em saúde bucal.

Foram realizados levantamentos epidemiológicos de saúde bucal em 1996, 2002 e 2009, para os quais foram sugeridas modificações na programação de saúde bucal. Para avaliar se as recomendações oriundas dos levantamentos influenciaram as políticas públicas e a programação de saúde bucal, foi desenvolvido um modelo adaptado de Weiss¹¹, para análise de utilização da pesquisa. A avaliação correspondeu ao período de 1997 a 2010, a partir de modelo teórico lógico produzido pelos autores.

2 Metodologia

Trata-se de um estudo de caso do tipo histórico-organizacional¹², que se caracteriza pela análise profunda e complexa de uma situação, sendo mais comum a abordagem qualitativa. Sua principal limitação está na extrapolação dos resultados para outras situações, e sua principal qualidade está na relevância do fato, situação ou contexto apresentado.

O município de São Bento do Sul (SC) foi escolhido por ter realizado levantamentos epidemiológicos de saúde bucal nos últimos quinze anos, ter recebido assessoria de pesquisadores da UFSC para sua realização e ter proposto medidas de intervenção a partir de seus resultados, o que o distingue em relação a outros, uma vez que esta prática não foi observada no Brasil¹³.

Este estudo de caso é composto por uma pesquisa avaliativa, associada a entrevistas com os coordenadores de saúde bucal do período estudado, e pesquisa documental em fontes oficiais para confirmação de informações.

O desenvolvimento do trabalho foi baseado no modelo adaptado de Weiss¹¹ para utilização de pesquisas, que tem apresentado boa aceitabilidade para avaliação de utilização de resultados: ele descreve a funcionalidade de um programa pela síntese de seus principais componentes, resume o seu funcionamento por meio de uma sequência de passos unindo o processo aos resultados, e permite mostrar a infraestrutura necessária para a operacionalização do programa, as condições para a sua efetividade e fornece uma estrutura de referência para avaliações¹⁴.

O modelo adaptado para esta pesquisa está colocado na Figura 01, a seguir.

FIGURA 1

A partir da lógica de análise adotada¹⁵, foi desenvolvido um modelo teórico-lógico para avaliação da influência dos levantamentos epidemiológicos sobre a programação e a política pública em saúde, como descrito na Figura 2, a seguir.

FIGURA 2

2.1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

- **Pesquisa documental:** foi realizada uma análise de todos os documentos produzidos no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de São Bento do Sul referentes a propostas e/ou modificações na programação de saúde bucal, nas políticas de saúde bucal e geral ocorridas no período de estudo.
- **Entrevistas:** foram realizadas entrevistas semiestruturadas com todos os coordenadores de saúde bucal do período avaliado – 1996/2010, com exceção de um que atuou em caráter de interinidade, sobre as políticas e programações utilizadas pelos

gestores, identificando aquelas sugeridas após levantamentos epidemiológicos, para verificar sua implantação. Esta etapa visou a busca de informações qualitativas perdidas ou não registradas, e a confirmação de evidências apontadas pela matriz de avaliação e pela pesquisa documental.

• **Matriz avaliativa:** desenvolvida a partir da revisão bibliográfica e de comitês de especialistas, reunidos em duas ocasiões diferentes.

Foram adotados procedimentos de explicação aos participantes sobre objetivos e importância da pesquisa, compromisso de sigilo, informado o direito de escolha de participar da pesquisa e a possibilidade de desistência no momento que desejarem. Todos assinaram um TCLE. Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, sendo aprovado em 03 de outubro de 2011.

A triangulação de métodos foi adotada para diminuir os vieses associados a possíveis falhas de registro documental sobre programação e políticas adotadas no período pesquisado, e ao viés de memória dos entrevistados.

3 Resultados

O primeiro produto deste estudo é o desenvolvimento de uma matriz avaliativa, a partir de duas dimensões: a programação, composta por cinco indicadores; e as políticas públicas, composta por quatro indicadores.

O quadro 01 descreve sinteticamente os indicadores, com as respectivas medidas e parâmetros; a escolha dos indicadores foi justificada pelos *rationales*.

QUADRO 01

O Modelo de trabalho tem como medida a porcentagem de exodontias de dentes permanentes realizadas em 1997, 2003 e 2010. O *Rationale* foi estabelecido porque os tratamentos mutiladores identificam a preocupação da gestão em priorizar ou não atendimento orientado para a recuperação¹⁶. O parâmetro foi definido como satisfatório quando a porcentagem for menor que 5% e insatisfatório quando maior ou igual a 5%⁹.

O Sistema de prevenção foi avaliado pela cobertura de procedimentos coletivos de saúde bucal em grupos de não escolares, em

1997, 2003 e 2010. As ações educativas e preventivas devem ser realizadas em vários espaços sociais, oferecidos de forma contínua para diversos grupos de usuários⁴. Considera-se satisfatório quando estes procedimentos são oferecidos para algum grupo diferente dos escolares; e insatisfatório quando só realizado em escolares, dada a tradição da odontologia em trabalhar exclusivamente neste grupo.

O Agendamento utilizou como medida a porcentagem de unidades de saúde com agendamento de pacientes em 1997, 2003 e 2010, o que se justifica pelo entendimento de que só há atenção básica integral quando há um agendamento que permita a clientela uma continuidade do tratamento até que as suas necessidades sejam integralmente atendidas. A atenção programada em odontologia implica no agendamento dos indivíduos que necessitam de atendimento continuado, devendo levar em consideração o risco de adoecimento dos mesmos, através de critérios que definam as prioridades¹⁷. Será considerado satisfatório quando houver agendamento em 100% das unidades, e insatisfatório nas outras situações.

A Primeira consulta foi mensurada pela razão entre o total de 1ª consulta programática oferecida e o total da população nos anos de 1997, 2003 e 2010. O *Rationale* define que a primeira consulta odontológica programática é realizada com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico, não se referindo a atendimentos eventuais ou de urgência/emergência, que não tem seguimento previsto¹⁷. Portanto, a proporção de primeira consulta indica a cobertura do atendimento odontológico para tratamento, recuperação e reabilitação. Subsidia a avaliação, o planejamento e a implementação de ações de saúde bucal na atenção básica. A meta do Estado de Santa Catarina para 2007 foi adotada, definindo como satisfatório resultado maior ou igual a 16% e insatisfatório se for menor que isto¹⁸.

A Cobertura tem como medida o número de procedimentos por habitante em 1997, 2003 e 2010. Considera-se a cobertura um atributo básico na avaliação de um serviço de saúde, pois só se pode avaliar qualquer outro atributo, se houver a oferta e a utilização de um serviço¹⁹; ela indica a proporção da população que se beneficia do serviço. A ampliação da oferta de serviços reflete a preocupação com a universalização da atenção. De acordo com a Portaria nº 1101, de 12 de junho de 2002, será considerado satisfatório se a cobertura for igual ou maior que 1 procedimento por habitante / ano e insatisfatório quando menor que isto²⁰.

Para a dimensão Políticas públicas, foram adotados os indicadores Modelo de atenção, Saúde do trabalhador, Oferta de especialidades e o Acesso ao Flúor.

O modelo de atenção foi calculado pela porcentagem de equipes de SF com componente saúde bucal em 1997, 2003 e 2010. A migração para o modelo da ESF promove maior possibilidade de atender o princípio da integralidade na Atenção Básica. A inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família, além de agregar os incentivos financeiros para o município, proporciona a reorientação da atenção odontológica oferecida à população para esse novo modelo²¹. Será classificado como satisfatório se todas as equipes de Estratégia de Saúde da Família possuem Equipe de Saúde Bucal; e insatisfatório se o percentual for menor que 100%.

A Saúde do trabalhador foi definida por ausência ou presença de 3º turno de atendimento em ao menos uma unidade de saúde, permitindo acesso regular dos trabalhadores. O rationale assume que a existência já caracteriza a preocupação da política pública do município em atender a classe trabalhadora e também aos princípios da PNSB⁹.

A Oferta de especialidades é dada pelo percentual de procedimentos clínicos de especialidades em 1997, 2003 e 2010 em relação ao total. Este indicador reflete a preocupação com a oferta de atenção integral para além da atenção básica, classificando-se como satisfatória quando o percentual for maior ou igual a 0,05 e insatisfatória quando este índice for menor²¹.

O Acesso ao flúor será medido pela porcentagem de residentes no município atendidos pela fluoretação da água de abastecimento para consumo humano nos anos de 1997, 2003 e 2010. A fluoretação da água de abastecimento é item fundamental na prevenção à cárie e indica a ação intersetorial das instituições estatais e/ou privadas para evitar agravos à população atendida⁴. Quando o percentual for maior ou igual a 62% será classificado como satisfatório e quando menor que este percentual será classificado como insatisfatório⁹.

Após levantamento dos dados para medida dos indicadores e utilizados os parâmetros adotados, a avaliação apresentou o seguinte resultado:

TABELA 01

4 Discussão

Dimensão Programação:

O indicador Modelo de trabalho apresentou uma significativa mudança, com diminuição do número de extrações entre 1997, 2003 e 2010. Os números absolutos foram respectivamente, 5761, 5617 e 2967 extrações dentárias permanentes, reduzindo de 11% para 1% do total de procedimentos realizados. Esta redução pode estar relacionada com a redução da carga da cárie dentária observada ao longo dos últimos anos no Brasil e, hipoteticamente, à mudança no modelo de atenção²².

Isto sinaliza para uma mudança na programação do município, incentivando o tratamento orientado para a recuperação, somado às atividades preventivas “*com atividades educativas para crianças e pais*”, como citou o entrevistado (E1). Embora tenha havido evidente diminuição da severidade e prevalência de cárie no período, isto ocorreu apenas na população de 7 a 14 anos, podendo-se admitir que ainda exista um percentual importante de adultos e idosos com necessidades complexas de tratamento, compatíveis com exodontias. Com a implantação do CEO, a oportunidade de recuperação aumentou, pela realização do tratamento endodôntico e periodontal. No seu conjunto, este indicador mudou para melhor, e pode-se atribuir este fato, como relatou E1, às medidas preventivas de escovação e uso tópico e sistêmico do Flúor e a uma mudança de postura da gestão e da prática clínica. Além disto, “... *dentistas novos, com outra formação na universidade*”, no serviço público, “*preocupados em preservar a dentição*”.

Outro indicador da dimensão Programação é o Sistema de Prevenção. Com as mudanças propostas pelo SUS, a prevenção deve estar a serviço de seus princípios e valores, destacando-se o conceito ampliado de saúde e a integralidade da atenção. Para tal, as ações preventivas devem ser estendidas a outros grupos populacionais, além dos escolares, como era tradição na odontologia. A cobertura de procedimentos coletivos de saúde bucal em grupos de não escolares é preconizada na ESF. A escovação em grupos de não escolares ocorre desde o início das atividades das duas equipes de Programa de Saúde da Família existentes em 1998, cobrindo grupos específicos “...*gestantes, crônicos e adolescentes, aproveitando encontro de equipes multidisciplinares*” como citou o entrevistado E2. A ampliação do número de equipes nos anos seguintes também atingiu mais pessoas. Houve alguma dificuldade no ano de 2005 quando a coordenação de

saúde bucal foi assumida... *“por uma pessoa leiga”* como se referiu o entrevistado E2, fazendo que os programas preventivos em grupos de não escolares neste ano não fossem realizados, ocorrendo apenas ...” *um trabalho de informação em cima das crianças,... um trabalho educativo nas escolas que foi a sugestão do meu trabalho”* (E3), confirmando a informação de que o trabalho concentrou-se em escolares. Note-se que esse retrocesso nas ações programáticas não alterou os resultados, por ter ocorrido num período curto e entre dois momentos da avaliação.

Mas o comprometimento dos profissionais envolvidos foi essencial para que o desenvolvimento destas ações realmente ocorra. *“Eu percebi que a equipe de Odontologia é uma equipe muito focada no trabalho”*, declarou o entrevistado E3. Como em grande parte deste período o sistema de prevenção foi realizado, foi considerada satisfatória a avaliação da prevenção.

O Agendamento é o terceiro indicador de programação. O acesso ao atendimento odontológico mais comum ainda ocorre em tratamentos emergenciais ou por meio de filas de espera, provocando desistências e acúmulo de necessidades. Em 1997 o agendamento era realizado apenas na unidade central, com atendimento ocorrendo conforme o número de vagas oferecidas, em ordem de chegada. Com a entrada da Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família, idosos, gestantes e adolescentes passaram a ser agendados, embora em tempo parcial conforme relato de E1. E durante a sua coordenação, o entrevistado E2 citou o agendamento como *“... um nó crítico da gestão”*... devido à grande procura para atendimento emergencial e a baixa oferta de vagas para atendimento, *“mas que já está bem melhor”*. Nesta situação é importante definir prioridades para tratamento para que a promoção de equidade aconteça. O uso de protocolos orientando a necessidade de agendamento já existia desde o início da coordenação do entrevistado E1, *“... para se padronizar”*, citou.

Duas unidades de atenção básica adotaram o agendamento para todas as pessoas que procuravam atendimento: a Unidade Móvel Odontológica a partir de 1998 e a Unidade Rio Vermelho Estação, quando foi instalada em 2004. As demais equipes de Saúde da Família mantêm agendamento parcial para os grupos já citados e o CEO apresenta agendamento para todos os clientes desde sua implantação. Considerando esta evolução, a avaliação foi considerada satisfatória; embora não exista agendamento para a totalidade dos usuários, existe agendamento em todas as unidades, atendendo os pressupostos do *rationale*.

O indicador “primeira consulta odontológica”, segundo relatório da SES-SC¹⁸, apresenta registros deste código em qualquer tipo de consulta, seja de urgência/emergência, de atendimento a demanda espontânea ou de retorno, ocorrendo uma superestimativa desse procedimento. É necessário que os municípios capacitem seus recursos humanos para que seja efetuado corretamente o registro da primeira consulta odontológica programática. No município, conforme protocolo, esta orientação do registro correto da primeira consulta programática foi estabelecida desde o início. Por isso as porcentagens encontradas estão próximas à meta de 16% estabelecida pela Secretaria de Estado de Santa Catarina em 2007¹⁸.

No ano de 1997, foram registradas 10.074 primeiras consultas para uma população de 59.269 (17%). No ano de 2003, com 10.241 consultas atingiu-se 15% e em 2010, 14% (10.201 consultas numa população de 74.797 habitantes). Esta pequena diminuição observada pode significar uma melhoria no atendimento, pela adoção de um novo modelo de atenção. Na ESF, a atenção em saúde bucal busca ao mesmo tempo, aumentar a porcentagem de tratamentos completados e maior dedicação na realização de atividades preventivas e educativas, fora do âmbito da assistência. De acordo com a PNSB, o dentista deve dispor entre 15% e 25% de seu tempo nessas atividades⁴.

A tabela 02 detalha os mecanismos de cálculo para estimar a relação primeira consulta e número total de consultas oferecidas.

TABELA 2

Para identificar uma melhoria, com valorização da atenção para tratamento completado, dividiu-se o número de primeiras consultas realizadas nos anos analisados pela carga de trabalho dos dentistas no período. Para fins de cálculo, a carga horária dos dentistas foi transformada em unidade de 20 horas semanais. Em 1997 havia 10 dentistas com 20 horas e dois com 10 horas semanais, sendo assim considerados 11. Em 2003 eram 10 dentistas com 20 horas e 4 com carga horária de 40 horas semanais, sendo considerado portanto 18. Já em 2010 eram 12 dentistas com 20 horas e 10 com 40 horas semanais resultando em 32. Não foi incluído nos cálculos o trabalho dos gestores de saúde bucal, mas apenas a força de trabalho daqueles diretamente envolvidos com a assistência odontológica.

Dividindo-se o número de atendimentos pelo número de dentistas e depois pelo número de semanas trabalhadas ao ano, obtém-se o número potencial de primeiras consultas por dentista / semana. Sendo 60 o número de consultas semanais por dentista em 1997 e 2003 e de 40 no

ano de 2010, obtém-se a percentagem de primeiras consultas. Observou-se uma diminuição significativa, demonstrando que o número de consultas programadas foi ampliado, atendendo os preceitos do novo modelo de atenção, contemplando a integralidade e dando conclusão ao tratamento. Pôde-se observar que apesar deste indicador ser avaliado como insatisfatório, esteve sempre no limite do parâmetro adotado.

O indicador Cobertura trabalha com o número de procedimentos clínicos, dividido pela população do município. Conforme a Portaria 1101, de 12/06/2002, considera-se bom o resultado entre 0,4 e 1,6. Foi utilizado o valor central 1 como parâmetro de satisfatório. Os resultados obtidos em 1997, 2003 e 2010 são, respectivamente de 0,7, 1,04 e 0,96. Entre os anos de 2003 e 2010 houve um decréscimo. Com a ampliação das equipes da estratégia de Saúde da Família e a implantação do Centro de Especialidades, incentivada pelo PNSB, houve um crescimento de consultas, convivendo com a busca da promoção da saúde e prevenção da doença. Para isto os profissionais passam a dividir o atendimento com práticas coletivas de promoção à Saúde. Dados do DATASUS mostram que em 2003 foram realizados 65.500 procedimentos coletivos em saúde bucal para uma população de 70.091. Em 2010 estão registrados 123.764 procedimentos com uma população de 74.797 habitantes. Enquanto a população teve um crescimento de 6,7%, o número de procedimentos aumentou em 88,9%. Além disto, profissionais que atuavam na atenção básica passaram a realizar atendimento especializado dentro do CEO, com procedimentos de média complexidade que demandam maior tempo para serem realizados. Dado o conjunto de informações, concluiu-se que a diminuição da cobertura, neste caso, reflete a mudança do modelo de atenção prestado ao usuário, através de uma programação diferenciada.

Dimensão Políticas Públicas:

Modelo de Atenção - A Atenção Básica, a partir de 1994, foi reestruturada e reorganizada com a implantação da ESF. A família é a unidade de intervenção e tem como pressupostos a reorientação das práticas profissionais, promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. Neste novo modelo de atenção, as intervenções são baseadas nas necessidades de saúde da população, favorecendo o acesso da população aos serviços odontológicos²³.

Em São Bento do Sul, a saúde bucal está presente desde o início da implantação do PSF, “*começou com odontologia, inclusive antes da normatização do governo federal,*” relatou o entrevistado E1. “... São

Bento, acho, foi o primeiro município de Santa Catarina que teve esta inclusão da odontologia e a gente tinha na época uma equipe de saúde bucal para cada equipe de saúde da família, uma coisa que veio ser exigida pelo Ministério muitos anos depois, destacou E2.

No início, portanto 100% das equipes de Saúde da Família tinham também uma equipe de Saúde Bucal. “*Importante... um programa integral tem que ter odontologia*” acrescentou o entrevistado E2.

A partir da implantação de novas equipes em 2004, em dois bairros mais populosos, receberam quatro novas equipes de SF, mas com apenas duas ESB, dificultando a prática dos princípios deste modelo de atenção.

Em 2009 são implantadas novas equipes de ESF, mas todas com componente de Saúde Bucal, evidenciando a preocupação da gestão em aprimorar o modelo de atenção visando os princípios do SUS. Em 2010, havia no município sete equipes de Saúde da Família e cinco Equipes de Saúde Bucal (72%). Este indicador não foi atingido, em que pese a presença no Plano plurianual da Secretaria Municipal de Saúde a meta, proposta em 2008 e reiterada em 2012, de extensão para 100% das equipes SF com componente bucal. Foi uma das duas únicas medidas não atendidas para a saúde bucal pela gestão no Plano 2009-2012²⁴.

Saúde do Trabalhador - Em 1997 o atendimento realizado pelas unidades de saúde ocorria apenas no horário diurno e não conseguia contemplar os trabalhadores que não podiam se ausentar de seu emprego.

A partir de 2005, seguindo orientação dada após o levantamento epidemiológico de 2002, foi implantado pela gestão o horário noturno para a classe operária. Eram 20 horas semanais oferecidas para este atendimento. Como disse na entrevista o E2... “*o professor Sérgio*” citou... “*a necessidade de um atendimento extra horário que culminou com a instituição do atendimento noturno*”. Também o E3 falou sobre as pessoas que buscavam atendimento, mas que só poderiam utilizar o horário noturno. Por isto, este horário foi ampliado para 40 horas, indicando a preocupação em facilitar o acesso ao atendimento. “*Um trabalho que tem de ser elogiado*” avaliou E3.

Especialidades - Com a expansão do conceito de atenção básica e o consequente aumento da oferta de procedimentos, foram necessários investimentos que propiciassem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção. No município, a introdução de

serviços como endodontia e atendimento a pacientes especiais teve início no final da década de 90, mas de maneira incipiente.

Com a implantação do CEO em 2007, o município conseguiu melhorar significativamente a oferta de atendimentos às especialidades. O CEO implantado foi do tipo I, formado por três consultórios e oferecendo especialidades de Endodontia, Cirurgia oral menor, Periodontia, Atendimento aos portadores de necessidades especiais e Diagnóstico bucal, com ênfase na detecção de câncer bucal.

Em 1997, a razão entre o número total de procedimentos especializados e o número de total de procedimentos 0,01. Em 2003 houve um aumento neste número chegando a 0,02. Neste período, uma unidade central foi adequada para atendimento de com profissionais não especialistas em endodontia, algumas cirurgias e Pacientes especiais, como referido pelos entrevistados E1 e E2. O investimento não fora maior porque não havia incentivo financeiro do governo federal.

Em 2007, com a implantação do CEO, sob coordenação do E2, o número de procedimentos aumentou, em razão de que “... *havia um retorno financeiro*” do Ministério da Saúde. Em 2010, já com a presença do CEO tipo I, a razão entre o número de tratamentos especializados, considerados pela portaria 2898 de 2010 do Ministério da Saúde e o número total de Procedimentos foi de 0,05, tornando-se satisfatório²¹.

Apesar de 1997 e 2003 atingirem índices insatisfatórios, observa-se uma preocupação da gestão na oferta do serviço especializado, com um aumento de 100% em 2003 dos procedimentos especializados, mesmo antes da implantação do Centro de Especialidades Odontológicas.

Acesso ao Flúor - Com a Portaria N° 635/Bsb, de 26 de dezembro de 1975²⁵ que aprovou as normas e padrões sobre a fluoretação da água dos sistemas públicos, houve um grande avanço no controle da cárie na população brasileira. No período 1986-1996, com 42% da população recebendo água fluoretada, a queda na prevalência da cárie entre crianças de 12 anos de idade foi de 53%, estes resultados se ampliaram com o uso dos dentifrícios como veículos para uso do flúor em saúde pública.

Em 1997, em São Bento do Sul, segundo dados do sistema de tratamento de águas do município (SAMAE), 99% da população urbana possuía água fluoretada. Porém a população da zona rural não possuía tal benefício. A população em 1997 era de 59.269 habitantes e 7704 moravam na Zona Rural (IBGE). Com estes dados pode-se afirmar que 14% não recebiam água fluoretada. De acordo com o relato da entrevistada E1, a prevalência de cárie apontava... *”uma diferença*

razoável entre crianças que tinham acesso à água fluoretada e crianças que não”.

Os dados epidemiológicos do levantamento de 1996 apontaram maior prevalência de cáries na região rural, com CPOD aos 12 anos de 3,11 na zona urbana e de 5,32 na zona rural. A porcentagem de crianças desta idade livres de cárie era de 35,8% e 11,5%, respectivamente.

Em 2003 a população total do município era de 70.091 e na zona rural 3611 reduzindo para 6% o percentual de pessoas sem acesso a água fluoretada em seu domicílio. Com a ampliação da zona urbana, em 2010 apenas 3567 das 74.797 pessoas residentes em São Bento estavam residindo na Zona Rural²⁶. A maioria dos locais já possui água fluoretada; apenas 1% dos habitantes não sendo beneficiados por esta medida. Há um avanço visível no fornecimento de água fluoretada em todo o município, tornando este indicador cada vez mais satisfatório.

5 Mudanças observadas

A partir dos resultados observados e das análises realizadas, é possível identificar aspectos da utilização dos levantamentos epidemiológicos sobre a programação e as políticas públicas de saúde no município de São Bento do Sul.

Uma síntese das principais modificações, resultantes de cada momento está colocada a seguir.

Em 1996, após levantamento epidemiológico realizado, foram apontadas as seguintes necessidades e possibilidades de atuação:

QUADRO 2

As principais medidas adotadas foram: unidade móvel para atender as comunidades rurais do município, realizando atendimentos curativos e preventivos com agendamento, funcionando até hoje; fluoretação na região rural, caixas d'água e para crianças com fluoreto de fódio em... *“gotas orais... orientando os pais”* como explica o entrevistado E1; início de integração entre as Secretarias de Saúde e Educação para que o trabalho de escovação fosse monitorado por agentes de saúde, responsáveis pela higienização bucal diária; implantação de atendimento nas creches municipais, a fim de melhorar a atenção à dentição decídua, a partir de 1999; maior participação dos dentistas no planejamento das ações.

Em 2002, o Levantamento recomendou as ações que estão enumeradas no quadro abaixo.

QUADRO 3

A programação foi ampliada, oferecendo horário noturno para atendimento a partir de 2005; ampliação do atendimento noturno de 20 para 40 horas semanais a partir de 2006; ampliação das equipes em 2004, até atingir a meta em 2010, com uma relação de 1CD: 2337 hab.; aumento da oferta de complexidade, com a implantação do CEO tipo I em 2007.

Através da avaliação realizada, com aplicação da matriz avaliativa, das entrevistas, pesquisa documental e das mudanças observadas é possível afirmar que os levantamentos influenciaram na programação de saúde bucal do município. A partir das recomendações realizadas foram tomadas medidas que mostram a capacidade da gestão do município em prover a atenção à saúde bucal com mais qualidade e efetividade, a fim de reduzir os riscos e os agravos na população indicados pelo levantamento epidemiológico.

Em relação às políticas públicas, mudanças mais profundas são mais difíceis de ocorrer. É preciso perceber que a cárie tem menos relevância em relação a outras doenças, devido a sua baixa periculosidade, e por isto as gestões acabam não a priorizando. A partir de políticas como a PNSB, as mudanças locais ocorrem com maior facilidade, mas quando o município é o único responsável, há vários fatores em jogo que concorrem para seu sucesso, já citadas aqui².

No entanto, há espaços para que os gestores melhorem suas políticas públicas de saúde bucal, como ocorreu nos casos dos indicadores referentes a saúde do trabalhador e no atendimento de especialidades odontológicas. E os levantamentos epidemiológicos podem e devem ser ferramentas importantes para orientar essas mudanças, o que pode ser sintetizado pela fala de um dos próprios coordenadores: “*A gente tentava sempre usar estes dados para desenvolver o trabalho dentro do município*”, afirma o E1.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
2. SOUZA, R. R.; **Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo**. 2002.
3. MENDES-GONÇALVES RB, Schraiber LB, Nemes, MIB. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: Schraiber LB organizadora. **Programação em saúde hoje**. São Paulo (SP): Ed. Hucitec; 1993. p. 37-63
4. 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.
5. PUCCA JR., G. A.; **A política Nacional de saúde bucal como demanda social**. *Ciência Saúde Coletiva* [on line]. Vol 11 n.1, pp 243-246, 2006.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº. 599 de 23 de março de 2006**. Brasília.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. **Anais da 1ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde – I CNCTS**, Brasília, Coordenação Geral de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, 1994.
8. NICKEL, D. A. **Modelo de avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal**. 2008. 89 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.
9. NOVAES, H.M.D.; **Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde**. *Rev. Saúde Publica*, 34(5): 547-59, 2000.
10. MEDINA, M. G.; AQUINO, R. ; Carvalho, A. L. B. **Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS**. *Saúde debate*. Rio de Janeiro, 2000.
11. WEISS, C. H. *The many meanings of research utilization*. *Public Administration Review*, p. 426–431, Sept./Oct. 1979.

12. TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo, Atlas, 1987.
13. FREITAS, S.F.T. **Equidade e Saúde bucal: para que serve um levantamento epidemiológico de saúde bucal?** IN: Seminários de pesquisa em Saúde Bucal Coletiva, 17ª. sessão, São Paulo, 27-29/02/2008. Disponível em: [HTTP://www.isaude.sp.gov.br/observatorio/folder_17_sessao.ppt](http://www.isaude.sp.gov.br/observatorio/folder_17_sessao.ppt). Acessado em 16/05/2012 (apresentação oral).
14. MOREIRA, T.M.A. **Estudo de caso da avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase.** [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.
15. ELIAS, F. T. S., PATROCLO, M. A. A. **Utilização de pesquisas: como construir modelos teóricos para avaliação?** *Ciênc. saúde coletiva*, 2005, vol.10, n.1, pp. 215-227.
16. COSTA, J. F. R.; CHAGAS, L. D.; SILVESTRE, R. M. (orgs.). **A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica.** Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2006.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica n. 17.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
18. SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento do SUS. Plano Estadual de Saúde. Florianópolis: IOESC, 2007.196 f.
19. FORMIGLI, V. L. A.; COSTA C. O. M.; PORTO L. A. **Avaliação de um serviço de atenção integral à saúde do adolescente.** Cad Saúde Pública 2000.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1101, de 12 de junho de 2002. Estabelece parâmetros assistenciais do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, v.139, n.112, p.36, 13 jun. 2002. Seção 1.
21. COLUSSI, C. F. **Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal em Santa Catarina** [tese]. Florianópolis, 2010.
22. NARVAI P.C., Frazão P., Roncalli A.G., Antunes, J.L.F. **Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social.** *Rev Panam Salud Publica* 2006; 19(6): 385-93.

23. OLIVEIRA, L. S. G.; Nascimento D.D.G.; Marcolino, F.F. **Saúde bucal na estratégia saúde da família: percepções de profissionais e cuidadores familiares** O Mundo da Saúde, São Paulo: 2010; 34(1):65-72
24. SÃO BENTO DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde, **Plano Plurianual de Saúde para Odontologia 2009-2012**, 2008, 02 p.
25. BRASIL, 1975. **Portaria nº 635/Bsb, de 26 de dezembro de 1975**. Aprova normas e padrões sobre a fluoretação da água, tendo em vista a Lei nº 6050/74. *Ministério da Saúde*, Brasília, DF.
26. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. (Capturado em 12/04/2012).

Quadro 01 – Descrição sintética da matriz avaliativa.

DIMENSÃO	INDICADOR	RATIONALE	MEDIDA	PARÂMETRO
PROGRAMAÇÃO	MODELO DE TRABALHO	A % de tratamentos multiladores identifica a preocupação da gestão em priorizar ou não atendimento orientado para a recuperação.	Porcentagem de exodontias de dentes permanentes em 1997, 2003 e 2010.	< 5% - <u>Satisfatório</u>
				≥5% - <u>Insatisfatório</u>
PROGRAMAÇÃO	PREVENÇÃO	São ações educativas e preventivas realizadas em vários espaços sociais, oferecidos de forma contínua para diversos grupos de usuários.	Cobertura de procedimentos coletivos de saúde bucal em grupos de não escolares, em 1997, 2003 e 2010.	Sim – <u>satisfatório</u>
				Não – <u>insatisfatório</u>
PROGRAMAÇÃO	AGENDAMENTO	Define possibilidade de completar tratamentos em saúde bucal e oferecer atenção básica integral.	Porcentagem de unidades de saúde com agendamento de pacientes em 1997, 2003 e 2010.	100% - <u>Satisfatório</u>
				< 100% - <u>insatisfatório</u>
PROGRAMAÇÃO	PRIMEIRA CONSULTA	A proporção de primeira consulta indica a cobertura do atendimento odontológico para tratamento, recuperação e reabilitação.	Porcentagem da 1ª consulta programática s em relação ao número total de procedimentos odontológicos realizados na AB, nos anos de 1997, 2003 e 2010.	≥16% Satisfatório
				< 16% <u>insatisfatório</u>
PROGRAMAÇÃO	COBERTURA	A ampliação da oferta de serviços reflete a preocupação	Número de procedimentos por	≥1 procedimento/habitante/ano <u>Satisfatório</u>

POLÍTICAS PÚBLICAS	MODELO DE ATENÇÃO	com a universalização da atenção	habitante em 1997, 2003 e 2010.	<1 procedimento/habitante/ano - insatisfatório
POLÍTICAS PÚBLICAS	SAÚDE DO TRABALHADOR	A migração para o modelo da ESF promove maior possibilidade de atender o princípio da integralidade na AB A oferta de serviço noturno amplia o acesso dos trabalhadores e é parte da PNSB	Porcentagem de unidades com ESF que possuem ESB em 1997, 2003 e 2010.	100% - Satisfatório < 100% - insatisfatório
POLÍTICAS PÚBLICAS	ESPECIALIDADE	Reflete a preocupação com a oferta de atenção integral para além da atenção básica	Presença ou ausência	Sim – satisfatório Não - insatisfatório
POLÍTICAS PÚBLICAS	ACESSO AO FLUÓR	A inclusão do íon Flúor na água de abastecimento para o consumo confere item de prevenção à cárie. Além de possuir respaldo legal, indica a ação intersetorial das instituições estatais e/ou privadas para evitar agravos à população atendida.	Percentual de procedimentos clínicos de especialidades em 1997, 2003 e 2010.em relação ao total. Porcentagem de pessoas residentes no município atendidas pela fluoretação da água de abastecimento para consumo humano nos anos de 1997, 2003 e 2010.	≥ 0,05 proc./habitante - satisfatório < 0,05 proc./habitante – Insatisfatório ≥ 68% - Satisfatório <68% - Insatisfatório

Fonte:Elaboração própria

Tabela 01 – Resultado da avaliação das alterações de programação e políticas públicas do município de São Bento do Sul, no período de 1996 – 2010.

Dimensão	Indicador	1997	Avaliação	2003	Avaliação	2010	Avaliação
Programação	Modelo de trabalho	11%		8%		1%	
Programação	Prevenção	SIM		SIM		SIM	
Programação	Agendamento	<100%		100%		100%	
Programação	Primeira consulta	0,17		0,15		0,14	
Programação	Cobertura	0,7		1,04		0,97	
Polit.Publicas	Modelo Atenção	100%		100%		72%	
Polit.Publicas	Saúde Trabalhador	NÃO		NÃO		SIM	
Polit.Publicas	Especialidade	0,01		0,024		0,052	
Polit.Publicas	Acesso ao Flúor	86%		94%		99%	

Fonte:Elaboração própria

Legenda: Satisfatório ou Insatisfatório

Tabela 02 – Detalhamento da análise da porcentagem de primeiras consultas nos anos de 1997, 2003 e 2010.

Ano	Número de 1ª consultas (X)	(X) / N° de dentistas 20 horas (Y)	(Y) / 22 semanas anuais	% Primeira consulta/dentista
1997	10.074	10.074/ 11: 915.8	41.6	69.3%*
2003	10.241	10.241/ 18: 569	25.8	43.1%*
2010	10.201	10.201/32: 378.7	14.5	36.2%**

Fonte:Elaboração própria

*Em 1997 e 2003 eram realizados 3 atendimentos por hora

**Em 2010 eram realizados, conforme protocolo, 2 atendimentos por hora.

Quadro 2 - Necessidades apontadas após levantamento epidemiológico/ 1996

Necessidades apontadas	Medidas sugeridas	Medidas adotadas
Potencializar a relação escola-serviço de saúde	Integração com a SME	Integração entre as Secretarias de Saúde e Educação
Transformar a Escola em ambiente de educação em saúde	Ampliação de escovação supervisionada e atividades de educação em saúde	Professores atuando como agentes de saúde bucal
Professores, pais e comunidade atuando do planejamento dos serviços	Planejamento participativo e maior atuação no CMS	-

Ampliar programas preventivos em pré-escolas	Criar programas de fluoretação em creches	Programa de bochechos implantado
Maior atenção a população de zona rural	Implantar clínicas modulares transportáveis; prever espaços para clínicas na Zona Rural; fluoretar caixas de água nas escolas rurais; distribuir insumos preventivos tópicos.	Aquisição de Unidade móvel para atender as comunidades rurais ; Fluoretação realizada em poços artesanais , caixas d'água e NaF ₂ em escolares
Maior atenção à dentição decídua	Criar grupos de agendamento para menores de 7 anos de idade	Implantação de atendimento nas creches municipais, a partir de 1999

Fonte:Elaboração própria

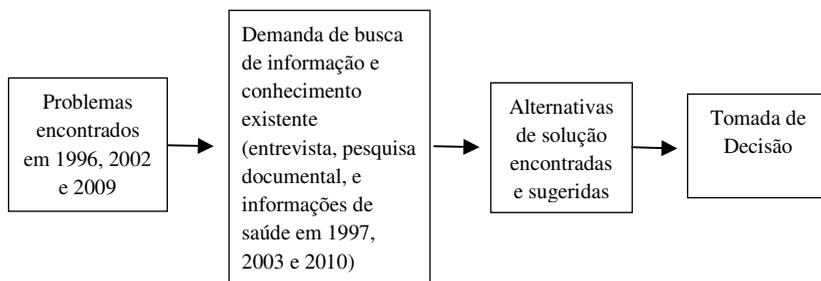
Quadro 3 – Necessidades apontadas após levantamento epidemiológico de 2002.

Necessidades apontadas	Medidas sugeridas	Medidas adotadas
Aumento do acesso, buscando relação 1 CD/ 3500 hab.	Contratação de mais CDs	Expansão de RH a partir de 2004; meta sugerida realizada em 2010: 1CD/2337 hab.

Aumento da complexidade	Oferta de especialidades e procedimentos mais complexos	Aumento da oferta de complexidade, com a implantação do CEO tipo I em 2007.
Possibilidade de maior oferta de serviços para adultos	Ampliação dos grupos de agendamento para a população adulta	Agendamento para adultos a partir de 2004
Programação especial para trabalhadores (horários alternativos)	Criação de atendimento noturno	Oferta de atendimento noturno a partir de 2005 Ampliação do atendimento noturno de 20 horas para 40 horas semanais a partir de 2006.

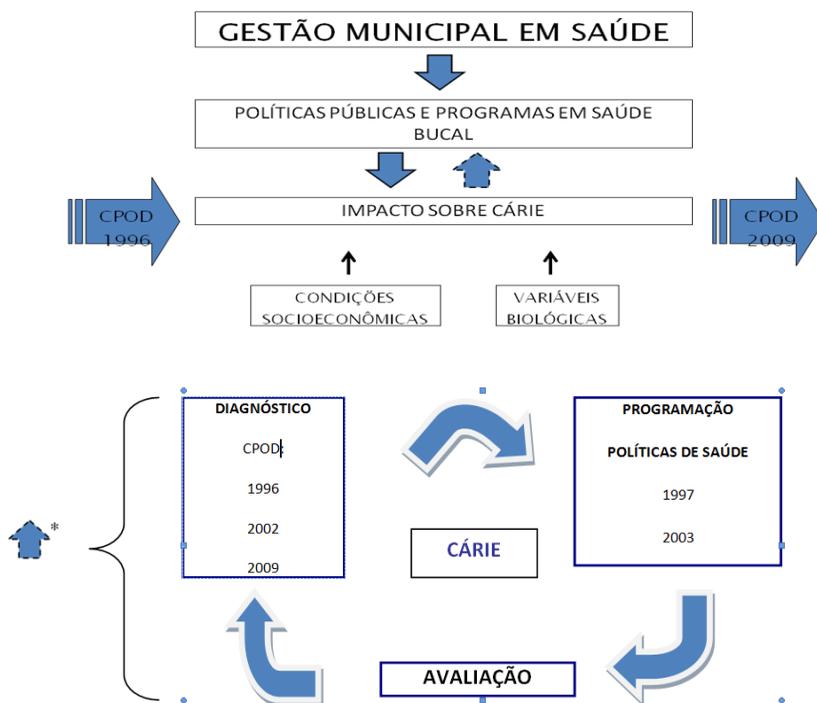
Fonte:Elaboração própria

Figura 01 - modelo teórico adaptado em WEISS¹



Fonte:Elaboração própria

Figura 2 – Modelo teórico lógica da influência de levantamentos epidemiológicos sobre a programação e política pública de saúde.



Fonte:Elaboração própria