

ANÁLISE DO ACESSO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS ATRAVÉS DO INDICADOR DE PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA EM PERNAMBUCO: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE OS ANOS 2001 E 2009

Analysis of access to dental services through the first dental programmatic appointment indicator in Pernambuco: a comparative study between the years 2001 and 2009

Artigo Original

RESUMO

Objetivos: Analisar o acesso à assistência odontológica individual desenvolvida no estado de Pernambuco, comparando os anos de 2001 e 2009, no âmbito das Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia Saúde da Família. Bem como, verificar a existência de possíveis desigualdades no acesso aos serviços odontológicos, segundo a região geográfica e região administrativa. **Métodos:** Foi realizado um estudo ecológico, descritivo, de tendência temporal, utilizando fontes de dados secundários, provenientes dos sistemas de informação em saúde de base nacional. Utilizou-se o indicador de primeira consulta odontológica programática como o indicador da atenção básica para avaliação do acesso às ações odontológicas individuais. **Resultados:** A análise dos dados demonstrou um crescimento significativo no número de equipes de saúde bucal no estado ao longo dos anos estudados (de 132 ESB em 2001; para 1296 ESB em 2009), representando um aumento de 881,82%. Quanto à cobertura de primeira consulta odontológica, observou-se um crescimento do indicador (de 10,04% em 2001; para 16,87% em 2009). **Conclusões:** Apesar do crescimento positivo do indicador de primeira consulta odontológica, ainda persiste uma baixa utilização e acesso aos serviços odontológicos de forma programática na atenção básica. Os números indicam índices relativamente baixos de acesso, e revelam que a realidade dos serviços em muito se distanciam do que está assegurado constitucionalmente. Estes resultados apontam para a necessidade de se repensar a prática e o processo de trabalho para a construção de um sistema que centre seu objetivo maior na ampliação do acesso e nas necessidades das comunidades.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde; Odontologia em Saúde Pública; Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

Objectives: To analyze access to individual dental care developed in the state of Pernambuco, comparing years 2001 and 2009, related to Oral Health Teams in Family Health Strategy. As well, to verify the existence of any inequities in access to dental care, according to geographical region and administrative region. **Methods:** This descriptive ecological temporal-trend study was performed using secondary data sources, from health care information systems on a national basis. The first dental programmatic appointment was used as the primary care indicator for evaluation of access to individual dental care. **Results:** Data analysis showed a significant increase in the number of oral health teams in the state, over the studied years (from 132 teams in 2001 to 1,296 in 2009), representing an increase of 881.82%. Regarding the first dental appointment, an enhancing in coverage was observed (from 10.04% in 2001 to 16.87% in 2009). **Conclusions:** Despite the positive growth in the first dental appointment indicator, utilization and access to dental services on a programmatic way in primary care still remain low. Numbers indicate relatively low access rates, and reveal that reality of services is far distant from what is constitutionally guaranteed. These results point to the need of rethinking the practice and work to build a system mainly focused on coverage enlargement and on the needs of communities.

Descriptors: Health Services Accessibility; Public Health Dentistry; Family Health Program.

Italene Barros Viana⁽¹⁾
Petrônio José de Lima Martelli⁽²⁾
Fernando Castim Pimentel⁽³⁾

1) Prefeitura da Cidade do Recife - Recife (PE) - Brasil

2) Fundação Oswaldo Cruz - PE / Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - FIOCRUZ / CPqAM - Recife (PE) - Brasil

3) Secretaria Estadual Saúde de Pernambuco - Recife (PE) - Brasil

Recebido em: 04/07/2011

Revisado em: 01/09/2011

Aceito em: 21/03/2012

INTRODUÇÃO

Com a inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF) pretendia-se alterar as características da prática odontológica na atenção básica e fazer com que o trabalho das equipes de saúde bucal no PSF estivesse voltado para a reorganização do modelo de atenção e para a ampliação do acesso às ações de saúde, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento de vínculo territorial⁽¹⁾. Dentro dessa nova realidade, a saúde bucal no PSF, tornou-se um desafio para a consolidação de uma prática que avançasse para o controle dos processos de saúde e doença de forma integral, exercido sobre uma base populacional definida, que não fosse excludente e que contribuísse para o efetivo acesso da população aos serviços odontológicos na atenção básica. Neste contexto, é importante destacar que, embora as necessidades em saúde não sejam eliminadas apenas com o uso de serviços de saúde, é inegável que o acesso a serviços de qualidade pode amenizar condições desfavoráveis de saúde em populações.

O conceito de acesso é complexo, ainda é impreciso e varia entre autores. De um modo geral está relacionado à percepção das necessidades de saúde, à conversão dessas necessidades em demandas e à conversão das demandas em uso de serviços de saúde⁽²⁾. O conceito de acesso a serviços de saúde é, ainda hoje, alvo de debate e discussão. Tem o significado amplo de representar o grau de adequação entre o cliente e o sistema de saúde. Implica garantia de ingresso no sistema de saúde sem obstáculos físicos, financeiros ou de outra natureza⁽³⁾. Donabedian opta pelo termo *acessibilidade*, e o define como um dos aspectos do serviço relativo à capacidade de responder as necessidades de saúde de uma determinada população. Nesse sentido, centra-se na análise dos condicionantes e determinantes do acesso, a partir da ótica da organização dos serviços e sistemas de saúde. Discute, portanto, quais são as características dos serviços que facilitam ou dificultam o acesso da população⁽⁴⁾. Apesar das dificuldades na definição do conceito, por se enquadrar melhor no intuito deste estudo, adotar-se-á o conceito de que acesso refere-se à possibilidade de utilizar serviços de saúde quando necessário. Logo, obter acesso aos serviços é uma primeira etapa a ser vencida pelo usuário, quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde⁽⁵⁾.

Acesso e saúde bucal compartilham uma história muito particular. A problemática do acesso à atenção à saúde bucal não é uma questão recente. Dentre os fatores que levam a uma oferta desigual dos serviços odontológicos, destacam-se: o modelo assistencial privatista predominante no Brasil, desigualdade socioeconômica, má distribuição

dos profissionais de saúde, baixa capacidade instalada e financiamento irregular do setor, comprometendo, assim, o acesso aos serviços, especialmente da população menos favorecida socioeconomicamente⁽⁶⁾. Talvez seja a saúde bucal, dentro das condições de vida da população brasileira, uma das áreas que mais traduz as desigualdades em relação ao acesso aos serviços de saúde. Independente das justificativas que possam ser dadas para sua não efetivação, o acesso é fundamental no sistema de saúde⁽⁷⁾.

Assim, para tentar mensurar o acesso da população aos serviços odontológicos no SUS, as secretarias municipais de saúde devem potencializar a utilização de instrumentos de gestão como o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), do SUS. Esse sistema de informação tem grande importância na avaliação das equipes de saúde bucal, por permitir o acompanhamento da programação, da produção ambulatorial odontológica e a construção de alguns indicadores quantitativos das ações desenvolvidas, orientando a organização da saúde bucal nos municípios. O plano de reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica, contido na portaria ministerial nº 267, de 6 de março de 2001, ressalta que o monitoramento das ações de saúde bucal deve acontecer de forma contínua e sistematizada, por meio de indicadores adequados⁽⁸⁾.

O indicador é uma variável que é capaz de sintetizar, representar e/ou dar maior significado ao que se quer avaliar. O indicador é comumente representado como uma variável numérica, podendo ser um número absoluto ou uma relação entre dois eventos ou uma quantidade do evento⁽⁹⁾. Um indicador importante pertencente ao Pacto de Atenção Básica do SUS é a cobertura de primeira consulta odontológica programática. O valor obtido indica o acesso da população à assistência odontológica individual no âmbito do SUS, com o objetivo de elaboração e execução de um plano preventivo-terapêutico, estabelecido a partir de uma avaliação/exame clínico odontológico, tendo esse plano resolução completa na atenção básica. O Pacto de Atenção Básica pretende ser um instrumento formal de negociação entre gestores das três esferas de governo (municipal, estadual e federal), tomando como objeto de negociação metas a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde previamente acordados. O Pacto é de grande importância, pois, quando bem utilizado, é um indutor do planejamento e da negociação entre as partes, fazendo com que os municípios adquiram capacidade de gestão de sua rede de saúde⁽¹⁰⁾. Nestes termos, os sistemas de informações assistenciais do SUS, permitem uma análise do perfil de oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares em determinado agrupamento populacional-geográfico, através de indicadores de cobertura⁽¹¹⁾.

Vale ressaltar que, no Brasil, a divulgação dos dados de saúde é feita de forma parcial, restringindo-se basicamente aos números absolutos dos eventos ocorridos, através da disponibilização de bancos de dados dos diversos sistemas de informações do SUS. Deste modo, salvo algumas exceções, a obtenção de indicadores fica por conta dos usuários. Logo, torna-se ainda mais relevante o papel da academia e dos gestores, que devem assumir maior responsabilidade na produção de informações, análise dos dados e publicação dos resultados, possibilitando uma integração entre os serviços de saúde e sociedade⁽¹²⁾.

Diante do exposto, pretende-se, neste estudo, analisar o acesso da população ao atendimento odontológico individual nas equipes de saúde bucal no estado de Pernambuco, através da análise do indicador de primeira consulta odontológica. Bem como, verificar a existência de possíveis desigualdades no acesso aos serviços odontológicos, segundo a região geográfica e região administrativa. Faz-se necessário ressaltar que a análise do acesso aos serviços odontológicos que esse trabalho se propõe a fazer, se restringe à oferta e utilização de tais serviços, não dando subsídios para uma análise mais ampla e completa sobre o estado de saúde bucal da população, não sendo possível analisar o quanto a falta de acesso aos serviços odontológicos está afetando a saúde bucal da população, pois essa situação não se restringe ao acesso aos serviços, mas também às condições de vida dos indivíduos, na região em que se encontram inseridos.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo ecológico, descritivo, de tendência temporal, utilizando fontes de dados secundários, provenientes dos sistemas de informação em saúde de base nacional. Esse tipo de estudo é útil quando se quer apresentar análises periódicas de situações de saúde para municípios, estados e regiões ou para revelar novas problemáticas que venham a demandar estudos mais específicos e precisos.

Pernambuco apresentava, em dezembro de 2009, uma população de 8.810.318 habitantes, distribuídos em 185 municípios⁽¹³⁾. De acordo com dados do DATASUS, apenas 8,5% da população era assistida por rede de esgoto e 17,35% possuía coleta regular de lixo. Em relação à rede assistencial de saúde, 89,16% da população era assistida pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Quanto às equipes de saúde bucal, o estado apresentava um total de 1296 ESBs, que eram responsáveis pela cobertura de 54,33% da população.

A população de estudo foi constituída pelo universo das primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas no estado de Pernambuco. Os dados descritos foram

referentes aos anos de 2001 e 2009, indicando o acesso da população em geral à assistência odontológica individual. As informações do SIA/SUS foram disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, através do site www.datasus.gov.br.

Foi escolhida a “quantidade apresentada”, pois esse modo de registro contém todos os procedimentos informados ao sistema^(14,15). O SIA/SUS é um sistema utilizado em todos os níveis de gestão, constituindo-se em importante instrumento de informação sobre a rede de serviços e os procedimentos realizados pelas unidades de saúde. A consulta ao SIA/SUS permite um acompanhamento da programação da produção ambulatorial odontológica e a construção de alguns indicadores quantitativos das ações desenvolvidas, orientando a avaliação da organização da saúde bucal nos municípios⁽¹⁴⁾.

Entretanto, esse tipo de estudo apresenta limitações inerentes aos estudos que utilizam dados secundários, tais como impossibilidade de controlar e/ou garantir a sua qualidade⁽¹⁶⁾. Considerando a dificuldade no controle desses dados, cabe registrar que o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) é o documento básico que alimenta o SIA-SUS, ele é preenchido pelas unidades ambulatoriais no nível municipal, e contém o número de atendimentos realizados por tipo de procedimento. Estas características podem, ocasionalmente, resultar em comprometimento das informações, devido a fragilidades nos registros e ao controle de qualidade desses dados nas esferas municipal, estadual e federal. Mesmo assim, ressalta-se a importância da disponibilidade pública destes dados e sua utilização por pesquisadores e gestores, a fim de ajudar no processo de planejamento das ações e serviços de saúde.

Além do SIA/SUS, também foram necessários, para a avaliação dos indicadores, dados sobre a população presente nos municípios nos anos estudados, obtidos através do site do DATASUS, correspondendo a projeções intercensitárias realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Quanto ao número de Equipes de Saúde Bucal no estado, utilizamos as informações obtidas no site do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde. Sobre a cobertura da população em relação às ESBs, esses dados foram obtidos dividindo o total das pessoas cobertas pelas ESBs pelo total de pessoas que compõem cada Mesorregião ou Gerências Regionais de Saúde (GERES), disponíveis no SIA/SUS através do cadastramento familiar.

É importante salientar que a subdivisão do estado em mesorregiões permite congrega diversos municípios de uma área geográfica com similaridades econômicas e sociais, foi criada pelo IBGE e é utilizada para fins estatísticos.

O estado de Pernambuco apresenta 5 mesorregiões, são elas: Metropolitana, São Francisco, Mata Meridional, Sertão e Agreste. Em relação às GERES, elas representam unidades administrativas da Secretaria Estadual de Saúde e correspondem a onze no estado, sendo identificadas por algarismos romanos.

Posteriormente à coleta dos dados do SIA/SUS foram calculados os indicadores de cobertura de 1º consulta odontológica, obtido pela divisão do número total de primeiras consultas realizadas nos municípios pela população total dos municípios e multiplicado por 100, segundo orientações do Ministério da Saúde, através do banco de dados DATASUS.

A análise dos dados de primeira consulta odontológica programática são essenciais, pois permitem identificar variações geográficas que demandem a implementação de medidas para ampliação do acesso aos serviços odontológicos básicos, contribui para a avaliação do perfil de atendimento dos serviços odontológicos básicos no SUS. E, ainda, subsidia a avaliação e o planejamento de ações de saúde bucal na atenção básica⁽¹⁷⁾.

Foram calculados os indicadores do estado de Pernambuco, incluindo as Gerências Regionais de Saúde (GERES) e as mesorregiões. Os resultados obtidos foram representados em planilhas eletrônicas do software Microsoft Excel (Windows) e através de mapas, pelo programa Tabwin versão 3.2.

Os parâmetros para classificação e análise dos indicadores foram criados a partir de quartis, através de

métodos estatísticos, utilizando os valores dos intervalos de 2009 como referência. Na apresentação dos dados optou-se pela junção dos intervalos moderados, dessa forma os indicadores foram classificados em: baixo, moderado e alto. Este estudo considerou intervalo baixo aquele que o indicador variou entre (0,00 | 8,19); moderado entre (8,19 | 20,68); e classificado como alto os valores entre (20,68 | 194,37).

Na análise do comportamento dos indicadores nos municípios, preferiu-se por trabalhar com mapas e quadros, comparando o valor do indicador dos municípios em 2001 e em 2009. É fundamental o uso de indicadores, pois permitem uma avaliação do desempenho das equipes e da evolução da situação da saúde bucal como um todo⁽¹⁸⁾.

RESULTADOS

Contextualizando o leitor no campo do estudo deste trabalho, Pernambuco apresentava, em dezembro de 2001, um total de 132 equipes de saúde bucal, distribuídas em 39 municípios. Para 2009, o estado apresentou um total de 1296 ESBs, distribuídos em 180 municípios, representando um crescimento de 881,82% no número de equipes.

Quanto ao estudo do indicador de primeira consulta odontológica, considerando as mesorregiões, o quadro abaixo faz referência à distribuição dos municípios, de acordo com os parâmetros para classificação, nos anos de 2001 e 2009 (Quadro I).

Ao analisar comparativamente o quadro referente ao indicador de primeira consulta odontológica, por

Quadro I - Classificação dos municípios por mesorregião, segundo indicador de primeira consulta odontológica. Pernambuco, 2001-2009.

Mesorregião	Baixo				Moderado				Alto			
	2001		2009		2001		2009		2001		2009	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sertão	24	58,54	16	39,02	14	34,15	20	48,78	03	7,31	05	12,20
São Francisco	08	50,00	06	37,50	06	37,50	07	43,75	02	12,50	03	18,75
Metropolitana	05	33,33	03	20,00	09	60,00	10	66,67	01	6,67	02	13,33
Mata Meridional	20	47,62	05	11,90	14	33,33	26	61,90	08	19,05	11	26,20
Agreste	37	52,11	16	22,53	29	40,84	30	42,25	05	7,04	25	35,22
Total	94	50,81	46	24,86	72	38,92	93	50,28	19	10,27	46	24,86

Baixo (0,00 | 8,19), Moderado (8,19 | 20,68) e Alto (20,68 | 194,37)

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS – DATAS.

mesorregião, nos anos 2001 e 2009, visualiza-se, para o ano 2001, que as mesorregiões do São Francisco, Mata Meridional, Sertão e Agreste apresentaram cerca de 50% dos seus municípios no intervalo baixo, com variações de 47,62 até 58,54% dos municípios neste intervalo. A alta concentração de municípios, 94 (50,81%), no intervalo baixo, pode ser explicada pelo reduzido número de equipes de saúde bucal, 132 no total.

Em 2009 identificou-se que as mesorregiões do Agreste e da Mata Meridional apresentaram o maior percentual para o intervalo considerado alto. É importante salientar que a mesorregião da Mata Meridional foi a que apresentou a melhor cobertura populacional das ESBs, correspondendo a 74,47% da população. Ainda para 2009, ressalta-se que,

apesar do aumento expressivo no número de ESBs no estado (881,82%), 46 (24,86%) dos municípios se encontravam no intervalo considerado baixo.

Quanto à evolução da média do indicador na comparação dos anos, foi observado um crescimento. Uma vez que, em 2001, foi identificada uma média de 10,04%, já na análise do ano de 2009 foi observada uma média de 16,87% para o indicador de primeira consulta odontológica, revelando, com isso, um aumento de 59,51%.

A Figura 1, abaixo, apresenta os mapas do estado de Pernambuco, divididos nas suas mesorregiões, com seus respectivos municípios, com o indicador de primeira consulta odontológica correspondente aos anos 2001 e 2009

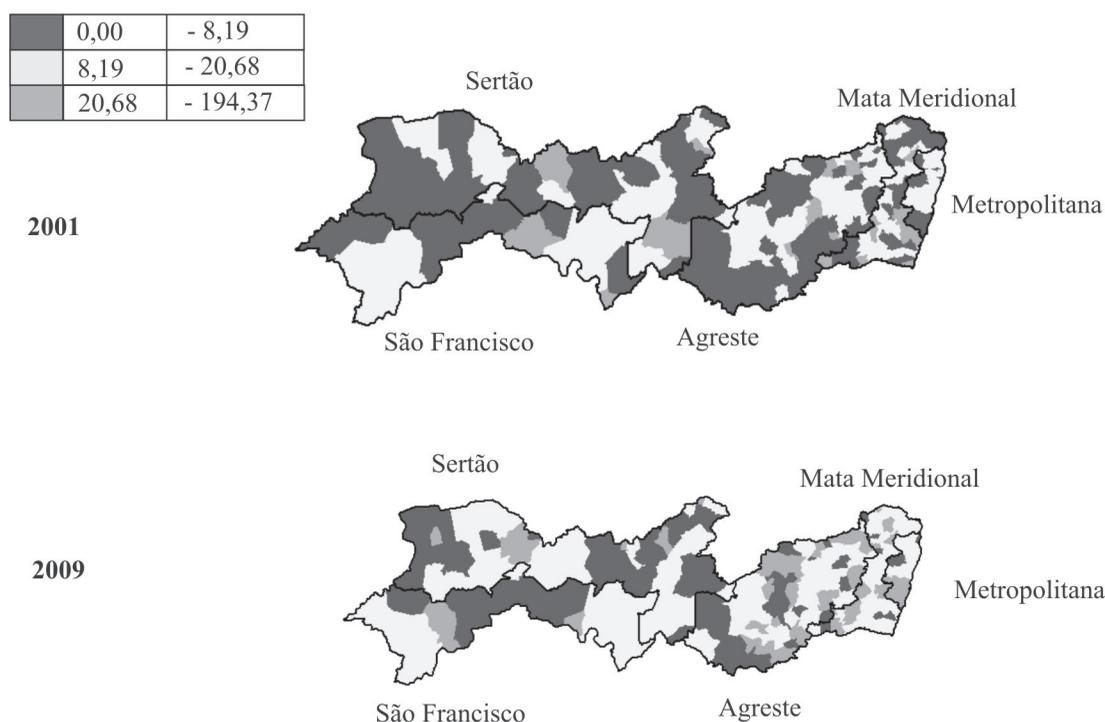


Figura 1 - Distribuição do indicador de Primeira consulta odontológica segundo mesorregiões. Pernambuco, 2001 e 2009.
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS – DATASUS.

Analisando os mapas, observa-se que houve, em 2009, uma diminuição no número de municípios que pertenciam ao intervalo baixo e um aumento no número de municípios que se situavam no intervalo alto para todas as mesorregiões, quando comparados a 2001.

No estudo do indicador para as regiões administrativas, o Quadro II mostra a distribuição dos municípios de acordo com o comportamento do indicador de primeira consulta odontológica, nos anos 2001 e 2009, no estado de Pernambuco.

Quadro II - Classificação dos municípios por Gerência Regional de Saúde (GERES) segundo indicador de primeira consulta odontológica. Pernambuco 2001-2009.

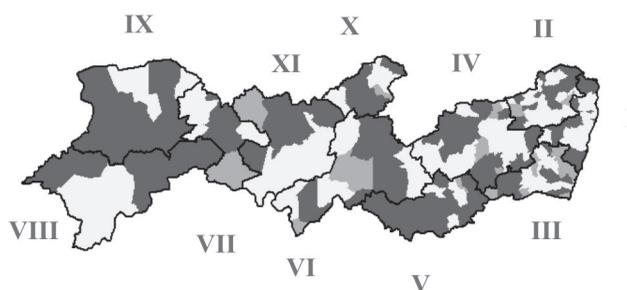
GERES	Baixo				Moderado				Alto			
	2001		2009		2001		2009		2001		2009	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
I	07	36,84	03	15,79	11	57,90	14	73,68	01	5,26	02	10,53
II	14	45,16	04	12,90	15	48,39	17	54,84	02	6,45	10	32,26
III	10	45,45	03	13,64	05	22,73	11	50,00	07	31,82	08	36,36
IV	14	43,75	07	21,87	15	46,87	15	46,87	03	9,37	10	31,25
V	16	76,20	05	23,81	04	19,05	07	33,33	01	4,75	09	42,86
VI	05	38,46	04	30,77	06	46,15	09	69,23	02	15,39	00	00
VII	03	42,86	02	28,57	03	42,86	04	57,14	01	14,28	01	14,29
VIII	05	71,43	04	57,14	02	28,57	02	28,57	00	00	01	14,29
IX	08	72,72	05	45,45	03	27,28	05	45,45	00	00	01	9,10
X	07	58,33	05	41,67	04	33,33	05	41,67	01	8,34	02	16,66
XI	05	50,00	04	40,00	04	40,00	04	40,00	01	10,00	02	20,00
Total	94	50,81	46	24,86	72	38,92	93	50,28	19	10,27	46	24,86

Baixo (0,00 | 8,19), Moderado (8,19 | 20,68) e Alto (20,68 | 194,37)

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS – DATAS.

	0,00	- 8,19
	8,19	- 20,68
	20,68	- 194,37

2001



2009

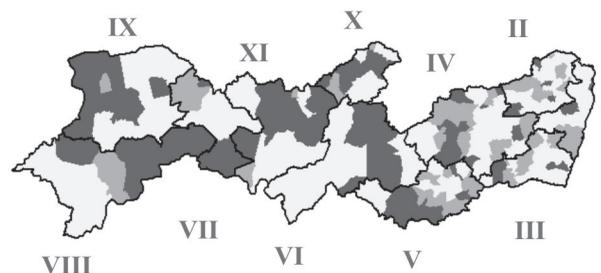


Figura 2 – Distribuição do indicador de Primeira consulta odontológica segundo Gerência Regional de Saúde (GERES). Pernambuco, 2001 e 2009.

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS – DATASUS.

No estudo comparativo do indicador de primeira consulta odontológica, por região administrativa, nos anos 2001 e 2009, observa-se que, pelos dados acima apresentados, em 2001, as GERES V, VIII E IX apresentaram mais de 70% dos seus respectivos municípios, no intervalo considerado baixo. Considerando o ano de 2009, constata-se que as GERES VIII, IX e X encontraram mais de 40% dos seus municípios no intervalo considerado baixo. Em contrapartida, observa-se que, na comparação entre os anos 2001 e 2009, houve um aumento do número de GERES que possuíam 60% ou mais dos seus municípios nos intervalos considerados moderado e alto, visto que em 2001 representavam 2 GERES e em 2009 correspondiam a 8 GERES.

Em relação às regiões administrativas, através da visualização do mapa (Figura 2), os resultados apresentados demonstraram que houve um aumento no número de municípios que atingiram o intervalo alto, quando comparados 2001 e 2009. Observa-se que apenas as GERES VI e VII não acompanharam essa tendência de crescimento.

Em suma, realizando um estudo analítico sobre a distribuição dos municípios, com base nas faixas dos quartis de 2009, observa-se que, para o ano de 2009, 46 (24,86%) dos municípios apresentaram indicadores de primeira consulta no intervalo alto; 93 (50,27%) dos municípios apresentaram os indicadores localizados no intervalo moderado e 46 (24,86%) dos municípios situaram-se no intervalo baixo.

DISCUSSÃO

A cobertura de primeira consulta odontológica é um indicador principal que avalia o acesso da população aos serviços de saúde bucal, demonstrando a tendência de cobertura do sistema, a partir da realização da primeira consulta. Concordância há com estudo que afirma que a primeira consulta odontológica deveria servir como uma estratégia para reduzir a prevalência e as sequelas de problemas bucais, bem como os custos com serviços de intervenção em saúde, pois crianças que visitaram o cirurgião-dentista até o primeiro ano de vida, apresentam menores chances de receberem tratamento odontológico emergencial e de fazerem visitas de urgência ao longo da infância, reduzindo, assim, os custos despendidos em saúde pública⁽¹⁹⁾.

Apesar da importância do registro de primeiras consultas odontológicas, ainda existem limitações e inconsistência deste evento pelos profissionais. Comumente ocorrem registros do código – Consulta Odontológica (1ª

consulta) – 030101015-3, em qualquer tipo de consulta, seja de urgência / emergência, consultas de atendimento a demanda espontânea ou consulta subsequente (retorno). A descrição do procedimento na tabela SIA/SUS define como exame do paciente com finalidade de diagnóstico e/ou plano de tratamento, e condicionamento do paciente. É necessário realizar treinamento, com vistas a padronizar o conceito “primeira consulta odontológica programática” e aprimorar os registros⁽²⁰⁾. Uma explicação para a baixa produção deste tipo de procedimento odontológico foi dada por uma pesquisa realizada no município de Camaragibe, ao identificar profissionais pouco estimulados para o registro diário dos procedimentos executados, principalmente para o registro de primeira consulta⁽²¹⁾. Em outro estudo destacou-se ainda que muitos profissionais realizam apenas procedimentos específicos, os quais solucionam a queixa principal do paciente, sem se preocupar com o diagnóstico geral para a programação de atendimento das necessidades de saúde bucal⁽²²⁾.

Há de se considerar ainda uma crítica sobre o modo como esses números são obtidos, pois os dados sobre acesso a serviços de saúde bucal no Brasil, em geral, possuem *contaminações* e são medidos das mais diversas maneiras, desde a frequência de consulta nos últimos doze meses à relação entre exames odontológicos na rede pública e a população de referência⁽²³⁾.

Quanto à imprecisão dos registros desses dados, observou-se que durante a construção do indicador para 2009 o município de Palmares apresentou o indicador de primeira consulta odontológica superando a marca de 194%, sugerindo irregularidades. Duas hipóteses podem ser formuladas para explicar este achado. Como os registros referem-se ao local de realização da consulta, alguns municípios atenderiam, possivelmente, além da sua população, a população de outros municípios. Outra possibilidade refere-se a problemas de registro. Esta é a hipótese mais provável e reforça a necessidade de melhoria dos sistemas de informação em saúde no Brasil como um todo. Estas irregularidades podem estar relacionadas com a falta de capacitação profissional ou o desconhecimento da importância dos registros para planejamento e discussão de novas políticas de saúde, bem como limitações no monitoramento pelas esferas superiores do sistema de saúde⁽²⁴⁾.

Considerando a média do indicador de primeira consulta odontológica, pesquisa revelou que, no Brasil, cerca de 10% da população procura o serviço público de saúde bucal a cada ano, considerando a relação entre exames clínicos de primeira consulta e a população de referência⁽²³⁾.

Esses dados são semelhantes aos obtidos neste estudo, utilizando 2001 como parâmetro, pois foi identificado que a média para este ano, em Pernambuco, foi de 10,04%. Em estudo realizado no estado de São Paulo foi identificado que somente uma de cada dez pessoas consegue passar por uma primeira consulta odontológica no SUS. Logicamente, sobrarão algumas poucas alternativas para aqueles não agraciados pela roda viva do acesso à assistência em saúde bucal, como pagar por serviços fora do sistema público, na maior parte das vezes nas clínicas *populares*. A equação não é complicada: paga quem tem recursos e o acesso aos serviços odontológicos, neste caso privado, é negado aos desfavorecidos de forma inexorável⁽²⁵⁾. Resultado análogo obteve uma pesquisa sobre a análise das políticas de saúde bucal e o tipo de assistência odontológica prestada entre 2000 e 2006 pela SES-DF na perspectiva da promoção da saúde. Os dados revelaram uma taxa de cobertura de primeira consulta odontológica de 10,5% para o estado, neste período⁽²⁶⁾.

Contrariando os resultados obtidos pelo presente estudo, uma pesquisa identificou o valor médio de 21,8% para o indicador de primeira consulta odontológica nos 293 municípios do estado de Santa Catarina, no período de 2000 a 2003⁽¹⁵⁾.

No estado de São Paulo, pesquisa realizada entre os anos de 1995 e 2000, identificou que o coeficiente de primeira consulta odontológica calculado pelo total de primeiras consultas odontológicas na atenção básica, dividido pelo total da população, multiplicado por 100, variou de 10,20% a 11,67% durante o período estudado⁽²⁷⁾. Entretanto, neste estudo, obteve-se diferente resultado, uma vez que a média do indicador de primeira consulta odontológica no estado de Pernambuco, variou de 10,04 a 16,87%, quando comparados os anos de 2001 e 2009, correspondendo a um aumento de quase 60%. É importante destacar que, apesar do aumento na média do indicador de primeira consulta odontológica identificado nessa parte do estudo, para o ano de 2009, a média de 0,16 primeiras consultas por habitante para atenção básica em saúde bucal, expressa ainda a restrição ao acesso para os serviços odontológicos, por meio da atenção básica, no estado de Pernambuco.

No estudo comparativo do indicador de primeira consulta odontológica, por região administrativa, nos anos 2001 e 2009, observou-se que, em 2001, as GERES V, VIII e IX apresentaram mais de 70% dos seus respectivos municípios no intervalo considerado baixo. Considerando o ano de 2009, constata-se que as GERES VIII, IX e X encontraram mais de 40% dos seus municípios no intervalo

considerado baixo (0,0 | 8,19). Sobre a dificuldade do acesso aos serviços odontológicos para adultos e idosos, estudo identificou que as principais barreiras que afetam a utilização de serviços odontológicos são: a baixa escolaridade, baixa renda e a escassa oferta de serviços públicos de atenção à saúde bucal para esta população⁽²⁸⁾. No presente estudo, quanto à oferta de serviços públicos, em 2009, identifica-se que a GERES I apresentou uma cobertura populacional de apenas 45,41% para as equipes de saúde bucal. Essa baixa cobertura tem reflexo no indicador de primeira consulta odontológica, visto que, apenas 10,33% dos municípios dessa GERES situavam-se no intervalo considerado alto (20,68 | 194,37).

O acesso restrito aos serviços odontológicos em Pernambuco, apontados pela análise do indicador de primeira consulta, neste estudo, demonstra que o estado ainda não efetivou a incorporação da assistência odontológica na Estratégia de Saúde da Família.

CONCLUSÕES

Analisando o comportamento do indicador de primeira consulta odontológica constata-se que, apesar da expansão significativa da oferta, ainda persiste uma baixa utilização e acesso aos serviços odontológicos de forma programática na atenção básica. Os números indicam índices relativamente baixos de acesso, e revelam que a realidade dos serviços em muito se distancia do que está assegurado constitucionalmente. Estes resultados apontam para a necessidade de se repensar a prática e o processo de trabalho para a construção de um sistema que centre seu objetivo maior na ampliação do acesso e nas necessidades das comunidades.

Embora nos últimos anos a odontologia esteja se incluindo de forma mais representativa nas políticas públicas de saúde, ainda há muito a se fazer para aumentar o acesso de boa parte da população aos serviços odontológicos. Para melhores resultados se faz necessário que a odontologia social viva um momento de mudanças, não só tecnológicas, mas também avanços na área de planejamento dos serviços de saúde, ações intersetoriais na promoção da saúde e medidas de vigilância sanitária, através da incorporação e monitoramento do flúor nas águas de abastecimento. Nesse contexto, é importante destacar ainda a necessidade de utilização do pessoal auxiliar de forma mais decisiva na odontologia, com o objetivo de aumentar o acesso a tratamento odontológico e, finalmente, faz-se imprescindível a alteração do sistema brasileiro de formação de recursos humanos odontológicos.

O desafio de construir um sistema de saúde bucal mais amplo e mais acessível deve continuar instigando as pesquisas na área. Pois, não se pretende esgotar o assunto, mas sim apontar caminhos que possam contribuir para a consolidação da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, principalmente através de estímulos para que novos trabalhos sejam desenvolvidos com este tema.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
2. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(4):999-1010.
3. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(2):190-8.
4. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.
5. Travassos C, Oliveira E, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(4):975-86.
6. Patussi MP, Costa JSD, Tomita NE. O uso da epidemiologia nos serviços de atenção à saúde bucal. In: Antunes JLF, Peres MA. *Epidemiologia da Saúde Bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 322-4.
7. Hortale VA, Pedroza M, Rosa MLG. O acesso e a descentralização na análise de sistemas de saúde. *Saúde Debate*. 2000; 24 (56):57-66.
8. Ministério da Saúde (BR). Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF). Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
9. Tanaka OY, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Edusp; 2001.
10. Sá MGND. O processo de construção do Pacto de Indicadores da Atenção básica: o caso Salgueiro. [monografia de especialização]. Recife: Centro de pesquisa Aggeu Magalhães- Fundação Oswaldo Cruz; 2004.
11. Sá DA. Avaliação da universalidade do acesso à saúde através dos sistemas de informações assistenciais do SUS Brasil, 1995 e 1998. [monografia de especialização]. Recife: Centro de pesquisa Aggeu Magalhães- Fiocruz; 2000.
12. Almeida MF. Algumas considerações sobre os sistemas de informação em saúde da França e do Brasil. *Inf Epidemiol SUS*. 1996; 4 (5):7-12.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A): população e desenvolvimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.
14. Barros SG, Chaves SCL. A utilização do sistema de informações ambulatoriais como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. *Epidemiol Serv Saúde*. 2003; 12(1):41-51.
15. Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(6):930-6.
16. Fischer TK, Perez KG, Kupek E, Peres MA. Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2010; 13(1):126-38.
17. Ministério da Saúde (BR). Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e o Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006
18. Padilha WWN. Planejamento e Programação Odontológicos no Programa Saúde da Família do estado da Paraíba: estudo qualitativo. *PBOCI*. 2005; 1(5): 65-74.
19. Kramer PF, Ardenghi TM, Ferreira S, Fischer LA, Cardoso L, Feldens CA. Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1):150-6.
20. Ministério da Saúde (BR). Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por Municípios, Estados e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
21. Martelli PJLM. Política Nacional de Saúde Bucal, da teoria à prática: Um estudo de caso acerca de sua implantação em Recife- PE no período 2000 a 2001

- [tese]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz; 2010.
22. Patriota CMM. A cobertura das ações de Saúde Bucal no Recife no período de 2000 a 2005 [monografia de residência]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz; 2006.
 23. Roncalli AG. Panorama do acesso à saúde bucal no Brasil. *Rev Brasileira de Odontologia Saúde Coletiva*. 2002, Suplemento Especial, XVII Enatespo.
 24. D'Ávila OP, Castilhos ED, Foster MG, Bighetti TI. Impacto da estratégia de saúde da família no acesso a serviços odontológicos no estado do Rio Grande do Sul. X Encontro da Pós-Graduação; 2008 Nov 11 –14, Pelotas, Rio Grande do Sul; 2008.
 25. Porto SM, Santos IS, Uga, MAD. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(4):895-910.
 26. Pinheiro JA. A promoção da saúde e as políticas de saúde bucal do Distrito Federal [dissertação]. Recife: UNB; 2007.
 27. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (BR). Condições de saúde bucal no Estado de São Paulo, em 2000: projeto SB 2000 – condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000 – ampliação da amostra para o Estado de São Paulo. São Paulo: Centro Técnico de Saúde Bucal/SES; 2000.
 28. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cadernos Saúde Pública*. 2005; 21(6):1665-75.

Endereço para correspondência:

Italene Barros Viana
Rua Samuel Farias, 122/302
Bairro: Santana
CEP: 52060-430 - Recife - PE - Brasil
E-mail: italeneviana@hotmail.com