

Characteristics of oral health practices in primary care in the city of Recife, 2012- 2013

| Caracterização das ações de saúde bucal na atenção básica no município do Recife para os anos de 2012 e 2013

ABSTRACT | Introduction: *Oral health in Primary Health Care in Brazil has been marked by setbacks and unsolved challenges. This is reflected in the appalling epidemiological statistics for dental care, which led to the insertion of Dentistry in the Brazilian Family Health Program, an initiative aimed at facilitating and improving health care. The indicators of the National Program for Improved Access and Quality of Primary Care (PMAQ) include seven items related to oral health, all fed by a report called Production and Markers for Complementary Evaluation, which measures the monthly delivery of services and assesses diseases and/or situations regarded as markers. Objective: This study aims to encourage further discussion on oral health programs, grounded on the data gathered in Recife. Methods: The study was quantitative, descriptive, with secondary data from the six health districts of Recife, in 136 Oral Health Teams (ESB) of the Family Health Strategy. Results: After analyzing the data, we found that the most frequently performed procedure was supervised tooth brushing, followed by a longer dental appointment. Conclusion: These findings may help to understand the most common interventions agreed upon and performed, and as such they may subsidize the planning of Oral Health programs. However, the data failed to identify key characteristics of the population studied.*

Keywords | *Public Health; Primary Health Care; Oral Health; Health Information Systems.*

RESUMO | Introdução: A Saúde Bucal (SB), no contexto da Atenção Básica, foi marcada por retrocessos e entraves que vêm definindo sua história e cenário atual. Por sua vez, os resultados desse histórico repercutiram em péssimos índices epidemiológicos, culminando na inserção da Odontologia na Estratégia Saúde da Família, bem como ampliação do acesso da população. Atualmente, nos indicadores do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), encontram-se sete indicadores da SB, todos alimentados pelo relatório de Produção e Marcadores para Avaliação - Complementar (PMA2C), o qual consolida mensalmente a produção de serviços e a ocorrência de doenças e/ou de situações consideradas como marcadoras. **Objetivo:** O presente estudo objetivou sobretudo a realização de importantes discussões acerca dos resultados de produção da SB a partir desse relatório, como forma de caracterização dessas ações na Atenção Básica do Recife, correspondente aos anos de 2012 e 2013. **Métodos:** O estudo foi realizado mediante métodos quantitativo e descritivo, a partir de dados secundários, cujas informações foram inerentes às Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia Saúde da Família dos seis Distritos Sanitários do Recife. **Resultados:** Após análise dos dados, pôde-se evidenciar que o procedimento mais realizado foi a escovação dental supervisionada, seguida da primeira consulta odontológica programática. Esse relatório pode ser considerado instrumento caracterizador das ações de SB, permitindo conhecimento sobre os procedimentos executados e planejamento do fluxo das redes de atenção à SB. **Conclusão:** Não parece ideal para a própria ESB, pois não identifica características importantes da população.

Palavras-chave | Saúde Coletiva; Atenção Primária à Saúde; Saúde Bucal; Sistemas de Informação em Saúde.

¹Universidade de Pernambuco, Recife/PE, Brasil.

²Faculdade ASCES, Caruaru/PE, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A organização de redes regionalizadas de serviços de saúde constituiu a premissa sobre a qual, historicamente, foram debatidas as propostas de reforma do sistema brasileiro - tomando como referência a experiência de outros países e formando parte da bagagem do planejamento em saúde durante décadas. Entretanto, na década de 1990 deixou de ordenar a organização dos serviços, retornando somente com o surgimento da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) e do Pacto pela Saúde. Nesse momento, a proposta passou a assumir diferentes significados, centrada no “campo do cuidado integrado”, uma vertente de discussão em seu recorte de organização de serviços de saúde¹.

Nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), os serviços de atenção básica, de atenção à urgência e emergência, de atenção psicossocial e especiais de acesso aberto constituem a porta de entrada² para o sistema de saúde brasileiro. É importante ressaltar que operacionalmente não se pode pensar em redes de atenção à saúde efetivas, eficientes e de qualidade, sem uma atenção básica bem estruturada³.

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, desenvolvida no âmbito individual e coletivo, por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas.

Por sua vez, o Sistema Único de Saúde (SUS) constituiu-se como o primeiro nível hierárquico da atenção, que deve estar organizado em todos os municípios do país², como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada, a maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades.

Dentro do contexto da AB brasileira, na perspectiva de fortalecimento e reorganização, com vistas a uma mudança de paradigma e de práticas, foi criado em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente reconhecida como uma política de Estado a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual concebe, em seu escopo de atuação, um conjunto de ações para a reorganização da AB, possibilitando o reordenamento dos demais níveis de atenção do sistema local de saúde⁴.

A saúde bucal, dentro do contexto da AB, foi marcada por retrocessos e entraves os quais vêm definindo sua história e cenário atual. No período anterior à criação do SUS, predominavam programas odontológicos centralizados e verticais, tendo escolares e trabalhadores inscritos na previdência social como população-alvo. Com a criação do SUS, esse enfoque tornou-se incompatível com um sistema unificado e descentralizado de caráter universal. Abriu-se, então, a possibilidade de conformação de uma agenda para gestão da saúde bucal enquanto política pública⁵, porém, mesmo com tal possibilidade, a inserção da saúde bucal no cotidiano e prática do SUS tem sido delineada por conflitos e contradições⁶. Isso decorre porque, historicamente, a Odontologia é marcada por uma prática individual, privatista e hegemonicamente voltada para aspectos curativos dos agravos bucais⁷, indo de encontro à proposta do sistema de saúde brasileiro. Além disso, a história contada pelo Estado, no que se refere às políticas de saúde bucal em nosso país, é uma história de omissão na qual o que se expressa é a política sustentada pela tradição liberal-privatista, configurando o que chamamos de “odontologia de mercado”^{7,8}.

Lamentavelmente, o resultado desse histórico foram os péssimos índices epidemiológicos de saúde bucal e o triste título de “país dos desdentados”, o qual definiu o cenário da saúde bucal brasileira por décadas. A necessidade de melhorar tais índices e de ampliar o acesso da população às ações de saúde bucal culminou na inserção da Odontologia na ESF⁹, representando uma reorientação do atendimento odontológico, na perspectiva da integralidade, e da atuação da saúde bucal nos serviços de saúde. Tal inclusão se deu, operacionalmente, a partir de 2001, impulsionada pela necessidade de construção de políticas públicas de saúde, além da necessidade de se reorientarem as práticas a elas relacionadas, por meio da ampliação do acesso à saúde bucal da população brasileira⁶. Necessidade reiterada em 2004, com a criação e implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)¹⁰.

Destaca-se que as diretrizes da PNSB vão ao encontro da proposta da ESF, trazendo como seu eixo político básico “a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho que tem como meta a produção do cuidado”¹⁰. Tem-se como orientação, a partir desse documento, que ações e serviços de saúde bucal devem ser fruto do reconhecimento da necessidade local e dos critérios de condição de vida da população, além dos aspectos epidemiológicos⁶.

Entretanto, na maioria das vezes, tem-se observado uma expansão da oferta de serviços sem planejamento e programação das atividades. O ímpeto de implantar essa estratégia com rapidez e a falta de normatização programática têm levado gestores a incorporar as Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF pautados no ensaio programático ou na ausência de programação¹¹, o que contribui para a perpetuação da lógica de uma saúde bucal excludente e excluída do cardápio de opções no cenário da saúde pública, acumulando uma demanda por ações de recuperação e reabilitação¹².

Além do entrave cronológico, da dificuldade do olhar integral, e da manutenção do modelo biomédico curativista; a falta de dados epidemiológicos de saúde bucal nos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), correntemente implantados no SUS, ainda persiste, comprometendo a atenção à saúde bucal na AB¹³. Isso ressalta a importância da informação, e de sua atualização sobre a demanda atendida, como estratégia para apoiar a gestão do SUS¹⁴.

É por meio das informações que é possível a construção de indicadores e variáveis que visam fornecer a melhor imagem possível de um objeto¹⁵, visto que um indicador de saúde tem o propósito de refletir a situação de saúde de um indivíduo ou de uma população¹⁶. Em face disso, a escolha dos indicadores que serão utilizados em uma avaliação constitui uma das tarefas críticas do avaliador¹⁵.

Para mais, contemplando os indicadores do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), estão na área de saúde bucal um total de 7 indicadores, sendo 4 de desempenho e 3 de monitoramento, todos eles alimentados pelo relatório de Produção e Marcadores para Avaliação - Complementar (PMA2C). O relatório PMA2 consolida mensalmente a produção de serviços e a ocorrência de doenças e/ou de situações consideradas como marcadoras, por área, sendo utilizado nos casos em que o modelo de atenção for o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ESF, ou outro (demanda espontânea ou oferta programática)¹⁷.

Devido ao PMAQ, o relatório PMA2C foi elaborado trazendo os principais tipos de atendimentos, que são específicos do médico, do cirurgião-dentista ou de ambos, e do enfermeiro. No campo do relatório, que cabe ao cirurgião-dentista, existe a possibilidade de registro tanto dos encaminhamentos realizados para a área especializada da saúde bucal, como do diagnóstico de alteração de mucosa¹⁸.

Pelo fato de o PMA2C ser um relatório produzido pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), ele deve auxiliar as próprias equipes, as unidades básicas de saúde às quais estão ligadas, e os gestores municipais a acompanharem o trabalho e avaliarem sua qualidade, permitindo conhecer a realidade socio sanitária da população acompanhada, avaliar a adequação dos serviços de saúde oferecidos - e readequá-los, sempre que necessário - e, por fim, melhorar a qualidade dos serviços de saúde¹⁷. Em Recife, o relatório PMA2C foi implantado em 2012, ficando pactuada a união do PMA2 junto ao PMA2C, tornando-se um relatório único.

Dessa forma, o objetivo central deste estudo foi caracterizar as ações de saúde bucal de áreas adstritas às ESF, nos seis Distritos Sanitários (DS) do município de Recife/PE, nos anos de 2012 e 2013, comparando as ações de saúde bucal realizadas nos seis DS, a partir do relatório PMA2C.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo quantitativo, com propósito descritivo, mediante utilização de dados secundários, realizado nos seis DS do município do Recife, com 136 ESB implantadas na Estratégia Saúde da Família.

O presente trabalho levou em conta que o município do Recife está dividido em noventa e quatro bairros aglutinados em seis Regiões Político-Administrativas (RPA). Para o setor de saúde, cada RPA corresponde a um DS, ou seja, seis DS.

Os dados secundários foram coletados a partir do SIA-SUS, referentes aos procedimentos odontológicos consolidados por meio dos relatórios de Produção e Marcadores para Avaliação (PMA2C), e disponibilizados na plataforma do Ministério da Saúde (<http://www.datasus.gov.br>).

A ficha do relatório PMA2C apresenta campos de preenchimento específicos do cirurgião-dentista (CD): tipo de atendimentos; encaminhamentos e marcador de saúde bucal. Por meio desses dados, foi contabilizada e caracterizada a produção em saúde bucal dos anos de 2012 e 2013, comparando essas ações de acordo com a divisão territorial por DS, com enfoque descritivo.

Os dados coletados foram utilizados na construção de planilhas eletrônicas para formação de um banco de dados e, posteriormente, dispostos em tabelas e interpretados.

Este estudo seguiu as normas para pesquisas em seres humanos e utilização de dados secundários, estabelecidos pela Resolução 466/2012, e foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade de Pernambuco, obtendo parecer favorável nº 464.422.

RESULTADOS |

Após a compilação dos dados coletados, pôde-se observar que o procedimento mais realizado para os dois anos analisados neste estudo foi a escovação dental supervisionada, enquanto aquele com menor produção consistiu na instalação de prótese dentária, como demonstra a Tabela 1.

Em relação ao marcador ‘primeira consulta odontológica programática,’ observa-se que este ocupa o segundo lugar

em relação aos procedimentos mais executados, sendo o terceiro lugar da produção em saúde bucal, ocupado pelas urgências, para os anos de 2012 e 2013.

As tabelas 2 e 3 demonstram dados comparativos entre os DS, no que se refere à produção da saúde bucal nos dois anos analisados.

Comparando a produção por DS observa-se que o DS VI alcançou a maior produção nos anos de 2012 e 2013 para todos os marcadores, com exceção da instalação de próteses dentárias, cuja maior produção concentrou-se no DS IV em 2012 e, em 2013, no DS II.

O oposto foi observado no DS I, o qual obteve, em linhas gerais, os menores valores para os mesmos dois anos, com exceção dos marcadores ‘urgência’ e ‘atenção secundária em saúde bucal’ nos quais a menor produção foi registrada no DS V, sendo que no ano de 2013, além desses 02 marcadores, o DS III apresentou ainda uma menor produção em comparação ao DS I no marcador ‘instalação de próteses dentárias’.

Tabela 1 - Comparação dos consolidados da produção de saúde bucal do Recife, nos anos de 2012 e 2013

Ano	1ª Consulta Odontológica Programática	Escovação Dental Supervisionada	Tratamento Concluído	Urgência	Atendimento Gestante	Instalação Prótese Dentária	Atenção Secundária Saúde Bucal	Diagnóstico Alteração Mucosa	Total
2012	64.705	165.432	14.706	15.508	4.826	76	9.259	2.500	277.012
2013	48.336	122.122	11.684	11.988	3.517	383	7.753	2.442	208.225
Total	113.041	287.554	26.390	27.496	8.343	459	17.012	4.942	485.237

Fonte: SIAB/GAB/SEAS/SS DO RECIFE.

Tabela 2 - Consolidado da produção de saúde bucal do Recife, por DS, 2012

Distrito Sanitário	1ª Consulta Odontológica Programática	Escovação Dental Supervisionada	Tratamento Concluído	Urgência	Atendimento Gestante	Instalação Prótese Dentária	Atenção Secundária Saúde Bucal	Diagnóstico Alteração Mucosa	Total
I	5.026	15.583	1.190	1.415	375	1	959	60	24.609
II	9.436	22.078	1.675	1.945	745	19	1.066	296	37.260
III	14.602	33.221	2.645	2.786	679	7	1.442	88	55.470
IV	10.004	18.008	2.861	3.374	859	42	2.078	550	37.776
V	5.838	22.697	1.810	1.094	674	1	543	87	32.744
VI	19.799	53.845	4.525	4.894	1.494	6	3.171	1.419	89.153
Total	64.705	165.432	14.706	15.508	4.826	76	9.259	2.500	277.012

Fonte: SIAB/GAB/SEAS/SS DO RECIFE.

Tabela 3 - Consolidado da produção de saúde bucal do Recife, por DS, 2013

Distrito Sanitário	1ª Consulta Odontológica Programática	Escovação Dental Supervisionada	Tratamento Concluído	Urgência	Atendimento Gestante	Instalação Prótese Dentária	Atenção Secundária Saúde Bucal	Diagnóstico Alteração Mucosa	Total
I	3.034	9.600	892	1.009	232	28	973	29	15.797
II	6.564	22.300	1.633	1.479	528	205	1.008	304	34.021
III	9.648	21.222	1.468	2.179	445	3	1.115	66	36.146
IV	8.354	15.977	2.977	3.096	732	38	1.753	428	33.355
V	4.911	19.132	1.109	838	408	21	568	45	27.032
VI	15.825	33.891	3.605	3.387	1.172	88	2.336	1.570	61.874
Total	48.336	122.122	11.684	11.988	3.517	383	7.753	2.442	208.225

Fonte: SIAB/GAB/SEAS/SS DO RECIFE.

Tabela 4 - Cobertura das Equipes de Saúde Bucal por DS no município do Recife, 2013

Distrito Sanitário	População	Equipes de Saúde Bucal	Cobertura
I	81.734	9	40
II	221.234	23	36
III	312.981	24	26
IV	278.947	23	28
V	263.778	16	21
VI	382.650	41	37
Recife	1.537.704	136	37

Fonte: SIAB/GAB/SEAS/SS DO RECIFE.

Tabela 5 - População total, pessoas de 10 anos ou mais de idade alfabetizadas, taxa de alfabetização e população sem rendimento, por DS, no município do Recife, 2010

RPA/Distrito	Total	Taxa de Alfabetização das Pessoas de 10 Anos ou Mais de Idade, por Sexo (%) ¹	Sem Rendimento ²
I	67.776	90.9	25.148
II	189.835	90.0	75.724
III	272.411	93.0	104.266
IV	243.139	93.5	89.230
V	228.395	93.1	92.316
VI	334.325	94.3	123.315

¹A Taxa de alfabetização é dada pelo Percentual das pessoas de 10 anos ou mais de idade capazes de ler e escrever pelo menos um bilhete simples. Elaboração: PCR. Secretaria de Controle e Desenvolvimento Urbano e Obras. Diretoria de Informações/Assessoria Técnica. Nota: Os dados de rendimento são preliminares. ²Inclusive as pessoas que recebiam somente em benefícios. Elaboração: PCR. Secretaria de Controle e Desenvolvimento Urbano e Obras. Diretoria de Informações/Assessoria Técnica.

É importante ressaltar também que existem peculiaridades entre os DS no que se refere a dados assistenciais, populacionais e indicadores sociais, os quais podem ser determinantes para explicar tal disparidade na produção, diante da comparação entre os DS. Para elucidar melhor tal contexto, as Tabelas 4 e 5 descrevem, respectivamente, a cobertura em saúde bucal em cada distrito sanitário e alguns indicadores socioeconômicos relevantes para tal cruzamento.

Por sua vez, o DS I possui a maior cobertura de Saúde Bucal (Tabela 4), considerando população e ESB implementadas, entretanto quando se observa o percentual de alfabetização e a distribuição por classes de rendimento nominal médio mensal por DS (Tabela 5), verifica-se que o DS I apresenta um dos mais baixos percentuais, enquanto o DS VI, os mais altos.

DISCUSSÃO |

É fundamental saber que, em saúde bucal, informações epidemiológicas válidas podem ser obtidas por meio da análise de levantamentos nacionais, como, o SB Brasil 2010. Todavia, para o planejamento das ações locais de saúde bucal, os dados nacionais apresentam limitações quanto à inferência estatística para o nível local¹⁴, incitando tanto os gestores como as ESB a realizarem seu próprio levantamento caso queiram dispor de informações epidemiológicas específicas^{9,12}.

Neste estudo, um item importante que deve ser destacado é o marcador ‘urgências odontológicas’, pois revela condições agudas da saúde bucal que, em alta frequência, podem significar a inefetividade das ações de saúde bucal do ponto de vista preventivo-promocional¹⁴. É positivo que este dado não tenha apresentado posição de destaque na produção de saúde bucal do Recife para os dois anos do estudo, apresentando um decréscimo de 1.309 atendimentos no ano de 2013 (Tabela 01) porque, em longo prazo, o declínio no número de atendimentos de urgência permitiria avaliar a capacidade de prevenção dos casos de urgência odontológica por meio do atendimento programático regular¹⁹.

O fato de a escovação supervisionada ter apresentado os mais altos valores em relação aos outros marcadores já era esperado, pois trata-se de um indicador do Pacto

pela Saúde²⁰, com meta pactuada entre município, estado e união. Apesar de tal constatação, a escovação supervisionada é um indicador muito importante para refletir o acesso à orientação para prevenção de doenças bucais, mais especificamente a cárie e a doença periodontal, contudo, infelizmente, não é possível definir a faixa etária da população assistida pela ESB através do instrumento do relatório PMA2C. Possivelmente, a população de maior impacto desse marcador, é a população de escolares e pré-escolares visto que, se trata de uma população etária historicamente priorizada pela saúde bucal, principalmente no tocante à prevenção e à promoção da saúde, com foco em atividades de caráter coletivo⁵.

A relação entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas permite avaliar se a equipe mantém uma boa relação entre acesso (número de primeiras consultas odontológicas programáticas) e resolubilidade (número de tratamentos concluídos), ou seja, em que medida a equipe está concluindo os tratamentos iniciados¹⁹. No ano de 2012, essa relação mostrou-se bastante baixa, apresentando valor de 0,22 e, em 2013, o cenário pouco se divergiu, com uma relação de 0,24, demonstrando que a população tem acesso ao serviço de saúde bucal, embora possua a dificuldade de conclusão dos tratamentos iniciados, corroborando com a literatura no que diz respeito à baixa resolubilidade da atenção básica^{5,7,11,12}.

No tocante à questão do referenciamento à atenção secundária, evidencia-se uma diminuição em seu percentual, quando comparados os dois anos do estudo, com base na realização de encaminhamento (referência), quando pertinente, para unidades de referência da atenção especializada em saúde bucal com especialidades como endodontia, periodontia, cirurgia oral, estomatologia, prótese dentária, implantodontia, ortodontia entre outros²¹. Essa diminuição vai de encontro à ampliação do número de profissionais especializados nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), assim como ao aumento das ESB na ESF o que, teoricamente, aumentaria o número de referenciamentos realizados pelos profissionais da AB²², estando de acordo com a literatura de que a ampliação de serviços de saúde não garante à população acesso a eles^{7,12,14}.

O valor do marcador ‘diagnóstico de alteração de mucosa bucal’ obteve um decréscimo sutil do ano de 2012 para 2013, praticamente mantendo a média de diagnósticos realizados e, apesar de tal decréscimo, isso é bastante

relevante, pois é a partir da vigilância com a detecção precoce de lesões que o câncer oral pode ser diagnosticado em tempo hábil para ser possível reverter ou interromper processos que aumentem a chance de malignização dessas lesões²³. Ou seja, apesar da pequena variação, isso pode refletir uma vigilância e preocupação permanente por parte dos profissionais, como também o aumento do acesso da população aos serviços, bem como o fato de ser uma ação prioritária da PNSB^{10,19}.

Já o marcador 'instalação de próteses dentárias', no ano de 2012, apresentou, em número absoluto, apenas 76 próteses instaladas enquanto no ano de 2013 houve um aumento significativo, passando para 383 próteses, indo ao encontro dos interesses da PNSB^{10,19}, a qual traz em seu escopo a reabilitação protética e os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) como uma de suas prioridades, potencializando uma reversão do quadro epidemiológico de edentulismo parcial e total.

Os dados relativos à cobertura de saúde bucal e à produção de serviços, quando associados a indicadores socioeconômicos, permitem-nos verificar que a alta cobertura e a baixa produção de serviços observadas no DS I está diretamente relacionada às características de escolaridade e renda. Sabe-se que grupos populacionais com menores níveis de escolaridade visitam o cirurgião-dentista por problemas de saúde bucal autopercebidos, enquanto indivíduos com maiores níveis de escolaridade o fazem para consultas preventivas ou de acompanhamento²⁴.

Somado a isso, escolaridade e renda poderiam influenciar a ocorrência de dores por causas odontológicas, na medida em que indivíduos mais abastados e/ou com maior grau de instrução teriam maiores chances de viver em habitações acopladas de instalações básicas, conferindo uma melhor qualidade e, conseqüentemente, apresentarem menor grau de necessidade em relação aos serviços de saúde bucal. Isso está diretamente relacionado aos determinantes sociais do processo saúde-doença os quais, nesse caso, determinariam padrão de dieta, acesso à água tratada e a produtos para higienização, além da própria higiene bucal²⁴, trazendo maior empoderamento da população sobre sua saúde e uma menor necessidade de serviços e profissionais de saúde bucal.

CONCLUSÃO |

A informação e a construção de indicadores de saúde, como estratégia para apoiar a gestão do SUS, é algo essencial para nortear o planejamento, a oferta de serviços, a programação de demanda e, posteriormente, avaliar as ações desenvolvidas, possibilitando a tomada de decisão.

O relatório PMA2C, analisado neste estudo, permite que sejam visualizados valores absolutos importantes, assim como torna possível o cálculo de indicadores que são focos de programas ministeriais que buscam a melhoria do acesso e da qualidade da AB, podendo ser considerado um instrumento que caracteriza as ações em saúde bucal.

No que tange às ações acompanhadas pelo PMA2C observou-se, para os anos de 2012 e 2013, que a escovação dental supervisionada foi o procedimento mais executado, quando comparados aos demais marcadores, seguida em ordem decrescente de produção, da primeira consulta odontológica programática, urgência, tratamento concluído, atenção secundária à saúde bucal, atendimento à gestante, diagnóstico de alteração da mucosa e, instalação de prótese dentária.

Tais resultados refletem, de maneira geral, que há programação de demanda quando se compara a queda de atendimento às urgências em relação à primeira consulta odontológica programática; outrossim, a escovação dental supervisionada continua sendo uma ação coletiva de grande adesão, demonstrando que tal perfil histórico não foi alterado. Em acréscimo, denota-se a existência de uma baixa resolubilidade na AB, demonstrada pelo baixo número de tratamentos concluídos quando comparados ao número de primeiras consultas programáticas, além de referenciamento à média complexidade mantido, com pouca alteração numérica, apoiado pelos CEO e um aumento importante da instalação de próteses dentárias apesar de ainda não ter atingido, de modo impactante, a histórica demanda reprimida para tal necessidade.

Sendo assim, este estudo nos permite concluir que o PMA2C é um instrumento o qual demonstra de maneira quantitativa os procedimentos executados pela ESB, possibilitando aos gestores, tanto no nível distrital como no municipal, um retrato da produção local, de forma a programar a referência e a contrarreferência, bem como garantir ações estratégicas nas áreas com maiores necessidades.

REFERÊNCIAS |

1. Kuschnir R, Chorny A H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [acesso em 12 abr 2013]; 15(5):2307-16. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500006&script=sci_arttext>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº. 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União* 29 jun 2011 [acesso em 12 abr 2013]; Seção 1. Disponível em: URL: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>.
3. Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. As redes de atenção à saúde [acesso em 12 abr 2013]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: URL: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1402&Itemid>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [Internet]. *Diário Oficial da União* 29 mar 2006 [acesso em 12 abr 2013]; Seção 1. Disponível em: URL: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf>.
5. Frazão P, Narvai PC. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. *Saúde em Debate* [Internet]. 2009 [acesso em 12 out 2014]; 33(81):64-71. Disponível em: URL: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/14419/art_FRAZAO_Saude_bucal_no_sistema_unico_de_saude_2009.pdf?sequence=1>.
6. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal do Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2010 [acesso em 19 set 2013]; 44(2):360-5. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000200018&tlng=pt>.
7. Fernandes GF. A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e as políticas públicas de saúde [Internet]. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Ciências]. – Faculdade de Saúde Pública da USP [acesso em 19 set 2013]; 2011. Disponível em: URL: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-13092011-152919/pt-br.php>>.
8. Antunes JLF, Narvai PC. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. *Saúde Debate* [Internet]. 2009 [acesso em 12 abr 2013]; 33(81):64-71. Disponível em: URL: <<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/14419>>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família [Internet]. *Diário Oficial da União* 29 dez 2000 [acesso em 12 abr 2013]; Seção 1. Disponível em: URL: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1721.pdf>>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal [Internet]. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal [acesso em 12 out 2014]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: URL: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf>.
11. Barros SG, Chaves SLA. Utilização do sistema de informações ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2003 [acesso em 16 abr 2013]; 12(1):41-51. Disponível em: URL: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742003000100005&script=sci_arttext>.
12. Santos AM. Organização das ações em saúde bucal na estratégia de saúde da família: ações individuais e coletivas baseadas em dispositivos relacionais e instituintes. *Revista APS* [Internet]. 2006; 9(2):190-200 [acesso em 22 ago 2013] Disponível em: URL: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/bucal.pdf>>.
13. Goes PSA, Figueiredo N, Carnut L. Caracterização das ações de saúde bucal na atenção básica por meio do uso da ficha-D saúde bucal: resultados preliminares. *Rev Bras Pesqui Saúde* [Internet]. 2011 [acesso em 16 abr 2013]; 13(3):50-6. Disponível em: URL: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/1767/1334>>.

14. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS, et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [acesso em 16 abr 2013]; 16(11):4395-404. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a12v16n11.pdf>>.
15. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 [acesso em 30 ago 2013]; 17(4):821-8. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000400002&script=sci_arttext>.
16. Vermelho LL, Costa AJL, Kale PL. Indicadores de Saúde In: Medronha RA, Bloch KV, Carvalho DM, Luiz RR, Werneck GL, editores. *Epidemiologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 31-82.
17. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica [acesso em 25 set 2013]. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. Disponível em: URL: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_siab2000.pdf>.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Instrutivo do Sistema de Informação da Atenção Básica [acesso em 25 set 2013]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: URL: <<http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/sistemas/siab/InstrutivoSIAB2011.pdf>>.
19. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: manual instrutivo-anexo ficha de qualificação de indicadores. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [acesso em 20 ago 2013]. Disponível em: URL: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf>.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Coordenação Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interfederativa. [Internet]. Caderno de diretrizes objetivos, metas e indicadores 2013-2015 [acesso em 2 ago 2014]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: URL: <http://www.saude.pi.gov.br/uploads/warning_document/file/20/Instrutivo_Pacto_2013.pdf>.
21. Nascimento GG, Weber CM, Silva DDF. Perfil de utilização dos serviços odontológicos na atenção primária à saúde: experiência de duas unidades de saúde do município de Porto Alegre – Rio Grande do Sul. *Rev Fac Odontol Porto Alegre* [Internet]. 2011 [acesso em 20 jan 2014]; 52(1/3):19-24. Disponível em: URL: <<http://seer.ufrgs.br/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/viewFile/30416/24246>>.
22. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2009 [acesso em 12 out 2014]; 25(2):259-67. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000200004&script=sci_arttext>.
23. Torres-Pereira CC, Angelim-Dias A, Melo NS, Lemos Jr CA, Oliveira EMF. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 [acesso em 20 ago 2013]; 28(Supl):s30-s9. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012001300005&script=sci_arttext>.
24. Bastos JLD, Gigante DP, Peres KG, Nedel FB. Determinação social da odontalgia em estudos epidemiológicos: revisão teórica e proposta de um modelo conceitual. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2007 [acesso em 05 fev 2014]; 12(6): 1611-21. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600022>.

Correspondência para/Reprint request to:

Grasiele Fretta Fernandes

Av. Portugal, 584, Bairro Universitário

Caruaru/PE, Brasil

CEP: 55016-901

Tel.: (81) 2103-2000

E-mail: grafretta@gmail.com

Submetido em: 02/06/2014

Aceito em: 26/07/2015