

Associação de Indicadores de Produção Odontológica e de Condição Sócio-Sanitária na Atenção Básica de João Pessoa – PB

Association of Dental Production Indicators and of Social and Sanitary Conditions in Primary Health Care in João Pessoa – PB

YURI WANDERLEY CAVALCANTI¹

RONALDO LIRA JÚNIOR¹

RENATA DE OLIVEIRA CARTAXO²

EDSON HILAN GOMES DE LUCENA³

WILTON WILNEY NASCIMENTO PADILHA⁴

RESUMO

Objetivo: Analisar a associação de indicadores de produção odontológica e de condição sócio-sanitária na Atenção Básica de João Pessoa-PB. **Material e Métodos:** Coletou-se, dos cinco Distritos Sanitários (DS) de João Pessoa, os indicadores de produção odontológica (Primeira Consulta Odontológica Programática – PCOP; Ação Coletiva Escovação Dental Supervisionada – ACES; Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais – POI; e razão do número de Exodontias sobre POI - EXO/POI) e os indicadores de condições sócio-sanitárias (tratamento e abastecimento de água, destino do lixo, esgoto, tipo de casa e alfabetização aos 15 anos). As informações foram coletadas do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Para testar a hipótese de que a condição sócio-sanitária influencia sobre os indicadores de produção odontológica, utilizou-se o teste estatístico de Kruskal-wallis. **Resultados:** O DS 3 recebeu os maiores escores para os indicadores sócio-sanitários; e o DS 4 os maiores escores para produção odontológica. Não foi encontrada associação significativa ($p>0,05$) entre a condição sócio-sanitária e a oferta de serviços odontológicos. **Conclusão:** Os indicadores sócio-sanitários não influenciam a oferta de atenção em saúde bucal. Portanto, a hipótese testada foi considerada falsa.

DESCRIPTORIOS

Sistemas de Informação. Avaliação em Saúde. Saúde Bucal. Atenção Primária à Saúde.

SUMMARY

Objective: The aim was to analyze the association of dental production indicators and of social and sanitary conditions in Primary Health Care in João Pessoa - PB. **Material and Methods:** From the five sanitary districts (DS) of João Pessoa, were collected dental production indicators (First Dental Consultation Program - PCOP; Supervised Toothbrush Collective Action - ACES; Basic Individual Dental Procedures - POI, and quotient of the number of tooth extractions and POI - EXO / POI) and indicators of socio-sanitary conditions (treatment and supply of water, destination of garbage, sewage, house type and literacy at 15 years old). Information was collected from the Ambulatory Information System (SIA) and Primary Care Information System (SIAB). To test the hypothesis that the socio-sanitary conditions modify the indicators of dental production, it was used the Kruskal-wallis test. **Results:** The DS 3 has received the highest scores for social and health indicators, and the DS 4 the highest scores of dental production. It has been found no significant association ($p>0.05$) between socio-sanitary conditions and provision of dental services. **Conclusions:** The social-sanitary indicators do not modify the supply of oral health care. Therefore, the hypothesis tested has been found to be false.

DESCRIPTORS

Information Systems. Health Evaluation. Oral Health. Primary Health Care.

1 Aluno de Graduação em Odontologia. Bolsista de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq/UFPB). Curso de Graduação em Odontologia. Universidade Federal da Paraíba.

2 Aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Mestrado em Saúde Pública. Universidade Estadual da Paraíba.

3 Assessor Técnico da Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde.

4 Professor Doutor Titular de Clínica Integrada. Departamento de Clínica e Odontologia Social. Universidade Federal da Paraíba.

A saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida das coletividades, o que inclui padrões adequados de habitação, nutrição, saneamento, apoio social, cuidados de saúde e boas condições de trabalho e educação. Dessa forma, a promoção da saúde representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas (BUSS, 2000).

Sob essa perspectiva, que traduz a saúde como um estado dinâmico e socialmente produzido, entende-se que, para promovê-la, é preciso efetivar políticas públicas que atuem sobre os determinantes do processo saúde-doença (BUSS, 2000). Para tanto, é necessário realizar a avaliação e o planejamento das ações em saúde.

Com o advento do Programa Saúde da Família, surgiu a necessidade de se ampliar o sistema de informação existente. A partir da implantação do Pacto da Atenção Básica, foram estabelecidos indicadores de saúde, pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. Esses indicadores devem alimentar os Sistemas de Informação do Sistema Único de Saúde (SUS) e ampliar o processo de vigilância em saúde (BRASIL, 2006).

Para FRANÇA *et al.*, (2001), através dos Sistemas de Informação do SUS é possível acompanhar nas microáreas de saúde, o número de famílias cadastradas, sua condição de moradia e saneamento e a participação comunitária. Pode-se acompanhar, ainda, a situação de saúde para as doenças crônicas (diabetes, hipertensão, tuberculose, hanseníase), as gestantes e crianças, além da produção da unidade de saúde e os indicadores de assistência, entre outros.

Utilizar as informações contidas no SIAB como forma de avaliar a implantação do Programa Saúde da Família, torna-se estratégico para valorizar sua alimentação, acompanhar a evolução da cobertura e do cadastramento das famílias. Isso contribui para uma avaliação do próprio sistema de informação, apontando seus alcances e limites. O objetivo deste estudo foi analisar a associação de indicadores de produção odontológica e de condição sócio-sanitária na Atenção Básica de João Pessoa-PB.

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal e ecológico sob uma metodologia de abordagem indutiva, procedimento estatístico-comparativo e técnica de documentação indireta (LAKATOS, MARCONI, 2009).

A partir do DATASUS, coletaram-se dados referentes ao 1º semestre de 2008 de cada Distrito Sanitário (DS) do município de João Pessoa, ao total de cinco. As informações foram extraídas do banco de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Para representação das condições sócio-sanitárias de cada DS, foram utilizados os seguintes indicadores: Tratamento da água em domicílio; Fonte de abastecimento de água; Destino do lixo; Destino de fezes e urina; Tipo de casa; e Taxa de alfabetização aos 15 anos. Todas essas informações foram extraídas do SIAB, com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa.

Quanto aos indicadores de produção odontológica, foram considerados os dados de produção ambulatorial, disponíveis no SIA: Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática (PCOP), Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada (ACES), Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais (POI), Razão do número de Exodontias sobre Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais (EXO/POI).

Com o objetivo de categorizar os DS entre si, foi atribuído escores, com valores de 1 a 5 para cada indicador avaliado. Assim, menores escores representaram piores indicadores; e valores maiores, melhores indicadores. A partir dessa categorização procedeu-se a associação entre os indicadores sócio-sanitários e os indicadores de produção odontológica. Para testar a hipótese de que a condição sócio-sanitária influenciou sobre os indicadores de produção odontológica, utilizou-se o teste estatístico de Kruskal-wallis, com nível de significância de 95% (p -valor < 0,05).

RESULTADOS

Os resultados do presente estudo limitam-se às informações advindas do SUS, permitindo inferências apenas para a população usuária do sistema na cidade de João Pessoa. A Tabela 01 apresenta a distribuição dos valores de cobertura e escores atribuídos para os Distritos Sanitários (DS), quanto à condição sócio-sanitária. A Tabela 02 apresenta os valores de cobertura e escores atribuídos aos DS, quanto aos indicadores de produção ambulatorial odontológica.

Melhor condição sócio-sanitária e melhores indicadores de produção odontológica foram observados para os DS com maior cobertura. A melhor condição sócio-sanitária foi observada para o DS 3 e a melhor

cobertura de serviços odontológicos foi verificada no DS 4. Verificou-se divergência entre os escores para a condição sócio-sanitária e para a produção de indicadores odontológicos nos DS avaliados.

Verificou-se que os indicadores de produção não acompanharam a mudança da condição sócio-sanitária, o que sugere a ausência de associação entre os indicadores. Segundo a análise estatística pelo teste de Kruskal-Wallis, não foi encontrada associação significativa (p -valor $>0,05$) entre os indicadores sócio-sanitários e de produção odontológica dos Distritos Sanitários da cidade de João Pessoa (Tabela 03). Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os DS avaliados.

DISCUSSÃO

Os sistemas de informação, que tratam da vigilância ambiental, possibilitam o levantamento de informações a respeito de aspectos sociais, sanitários, epidemiológicos e ambientais das coletividades; sendo também possível identificar oferta de serviços de saúde. Constituem, então, um instrumento de avaliação do perfil da população e das ações de saúde que atuam sobre ela.

A saúde, numa visão mais ampla, é influenciada pelos mais variados fatores que rodeiam o ser humano em sua magnitude. Estudos apontam o ambiente como influência no processo saúde doença (BARCELLOS,

Tabela 01: Distribuição dos valores de cobertura e de escores para classificação dos Distritos Sanitários quanto ao perfil sócio-sanitário (João Pessoa, 2008).

	DS 1		DS 2		DS 3		DS 4		DS 5	
	Valor	Escore	Valor	Escore	Valor	Escore	Valor	Escore	Valor	Escore
Água sem tratamento	43,7%	5	45,2%	4	46,3%	2	62,0%	1	45,9%	3
Acesso a água pela rede pública	94,6%	2	99,4%	5	97,9%	3	98,9%	4	92,6%	1
Casas de tijolo	95,1%	1	97,6%	4	98,9%	5	96,9%	2	97,4%	3
Coleta pública do lixo	94,8%	2	96,7%	4	98,6%	5	95,0%	3	93,3%	1
Sistema de esgoto	15,3%	1	38,5%	2	53,4%	4	50,2%	3	52,7%	5
Alfabetizado aos 15 anos	88,0%	2	89,9%	4	93,2%	5	86,8%	1	88,1%	3
Total		13		23		24		14		16

Tabela 02: Distribuição dos valores de cobertura e de escores para classificação dos Distritos Sanitários quanto a produção ambulatorial em saúde bucal.(João Pessoa, 2008).

	DS 1		DS 2		DS 3		DS 4		DS 5	
	Valor	Escore	Valor	Escore	Valor	Escore	Valor	Escore	Valor	Escore
PCOP	6,70	2	5,50	1	7,30	3	10,00	4	11,10	5
ACES	3,53	3	5,59	5	2,80	1	4,68	4	3,07	2
POI	1,10	3	0,80	2	0,70	1	1,15	4	1,43	5
EXO/POI	2,70	2	3,40	1	2,50	3	2,00	5	2,30	4
TOTAL		10		9		8		17		16

Tabela 03 - Associação não-significante (Teste Kruskal Wallis; p-valor>0,05) entre os indicadores sócio-sanitários e de produção odontológica dos Distritos Sanitários da cidade de João Pessoa - PB (2008).

Amostras comparadas (comparações duas a duas)	Diferenças entre as médias dos postos	Significância
DS 1 X DS 2	9,0	Não Significante
DS 1 X DS 3	9,0	Não Significante
DS 1 X DS 4	8,0	Não Significante
DS 1 X DS 5	9,0	Não Significante
DS 2 X DS 3	0,0	Não Significante
DS 2 X DS 4	1,0	Não Significante
DS 2 X DS 5	0,0	Não Significante
DS 3 X DS 4	1,0	Não Significante
DS 3 X DS 5	0,0	Não Significante
DS 4 X DS 5	1,0	Não Significante

QUITÉRIO, 2005; MOREIRA, NICO, TOMITA, 2007; FERNANDES, PERES, 2005; PORTO, MILANEZ, 2009; GORDIA, QUADROS, CAMPOS, 2009). Dessa forma, o processo de programação e planejamento em saúde pública deveria levar mais em consideração alguns fatores ligados às condições do ambiente em que a população está sujeita (PORTO, MILANEZ, 2009; GORDIA, QUADROS, CAMPOS, 2009).

VIACAVA *et al.*, (2004), propõe que a avaliação do sistema de saúde brasileiro seja focada no desempenho dos serviços, nos determinantes das condições de saúde e as necessidades de saúde orientem o financiamento e os recursos materiais e humanos necessários a fim que se tenha um bom funcionamento do sistema que propõe melhorar as condições de saúde da população. Dessa forma, os avanços no modelo assistencial em saúde bucal são visualizados em municípios com alto Índice de Desenvolvimento Humano e intersetorialidade de políticas públicas (SOUZA, RONCALLI, 2007).

A alta proporção de exodontias está em oposição à oferta de procedimentos preventivos e diretamente relacionada às condições socioeconômicas da população. A partir de uma avaliação da atenção básica em saúde bucal e associação com indicadores socioeconômicos municipais, FERNANDES, PERES, (2005) concluíram que os dados de produção odontológica são determinados a partir da organização política, econômica, da estruturação e da oferta do Sistema Único de Saúde.

A diferenciação espacial dentro de um determinado território - sejam estados em um país; cidades num estado; ou distritos sanitários em uma cidade - como é o caso do presente artigo, sugere formas de oferta, localização de serviços de saúde e organização da infra-estrutura diferente. Neste sentido, o planejamento e organização de cada lugar, para a oferta dos serviços, apresentam particularidades desde a estrutura sócio-ambiental até os recursos humanos que atuam naquele local (MOREIRA, NICO, TOMITA, 2007). Segundo GORDIA, QUADROS, CAMPOS (2009), o meio ambiente é capaz de influenciar a qualidade de vida da população; de modo que políticas públicas ambientais devem ser implantadas com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população.

No entanto, de acordo com os resultados do presente estudo, os locais de piores condições sócio-sanitárias não apresentam, necessariamente, menor oferta de serviços Odontológicos na Atenção Básica. Esses achados são corroborados pelo estudo de CAVALCANTI *et al.*, (2011), no qual, em estudo semelhante realizado em um Distrito Sanitário da cidade de João Pessoa-PB, não foram identificadas diferenças na oferta de atenção em saúde bucal, nas diferentes realidades sócio-sanitárias analisadas.

Destaca-se que as ações de saúde bucal que participaram dessa análise, correspondem a indicadores de acesso, procedimentos individuais e ações coletivas. Portanto, não retratam necessariamente volume de ações curativas ou preventivas, mas compreendem informa-

ções de utilização dos serviços de saúde bucal pela população.

Levando-se em conta que os dados do SIA-SUS são relativos aos procedimentos realizados; limitando a análise à utilização dos serviços (BARROS, CHAVES, 2003), sugere-se que existem outras razões para variação da oferta de ações e serviços em saúde bucal, uma vez que não foi encontrada correlação estatística entre o perfil sócio-sanitário e os indicadores de produção odontológica na Atenção Básica.

Segundo MOREIRA, NICO, TOMITA (2007), para a oferta dos serviços de saúde, a organização de cada espaço apresenta singularidades que permeiam a estrutura sócio-ambiental e os recursos humanos que trabalham naquele local. Dessa forma, justifica-se a presença de diferentes padrões de oferta de serviços em grupos de contexto sócio-sanitário distinto.

Em todas as situações, há possibilidade de falhas no registro das ações de saúde nos sistemas de informação, com atenção aos casos de sobre-registro. Considera-se então a necessidade de comprovação da confiabilidade dos dados apresentados por sistemas de informações, a fim de evitar equívocos no processo de avaliação das ações de saúde bucal (MOREIRA,

NICO, TOMITA, 2007; BARROS, CHAVES, 2003; TERRERI, GARCIA, 2001; PADILHA *et al.*, 2005; NUNES, PEREIRA, QUELUZ, 2010). Para este estudo, foram feitas inferências a despeito das falhas no registro das informações.

O presente estudo não permitiu identificar as desigualdades marcantes entre os distritos, mas é útil para a formulação e implantação das políticas de saúde. Políticas de saúde bucais socialmente orientadas e que agreguem ações de promoção e recuperação da saúde bucal devem dirigir-se prioritariamente aos DS que apresentam piores indicadores sócio-sanitários.

CONCLUSÃO

Não foi encontrada associação significativa entre a condição sócio-sanitária e a oferta de serviços odontológicos. Nas condições deste estudo, concluiu-se que os indicadores sócio-sanitários não influenciam a oferta de atenção em saúde bucal (traduzida pelos indicadores de produção odontológica), visto que não foi verificada associação significativa entre esses dados. Portanto, a hipótese testada foi considerada falsa.

REFERÊNCIAS

1. BARCELLOS C, QUITÉRIO LAD. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. *Rev. saúde pública.*, 40(1): 170-177, 2006.
2. BARROS SG, CHAVES SCL. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. *Epidemiol. serv. saúde.*, 12(1): 41-51, 2003.
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 493, de 13 de março de 2006. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica - 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 mar. 2006.
4. BUSS PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva.*, 5(1): 163-177, 2000.
5. CAVALCANTI YW, CARTAXO RO, PADILHA WVN, LUCENA EHG, PRADO RL. Correlação entre perfil sócio-sanitário e indicadores de produção odontológica. *Saúde debate.* NO PRELO, 2011.
6. FERNANDES LS, PERES MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev. saúde pública.*, 39(6): 930-936, 2005.
7. FRANÇA E, SOUZA JM, GUIMARÃES MDC, GOULART EMA, COLOSIMO E, ANTUNES CMF. Association between socioeconomic factors and infant deaths due to diarrhea, pneumonia, and malnutrition in a metropolitan area of Southeast Brazil: a case-control study. *Cad. saúde pública.*, 17(6): 1437-1447, 2001.
8. GORDIA AP, QUADROS MB, CAMPOS W. Variáveis sociodemográficas como determinantes do domínio meio ambiente da qualidade de vida de adolescentes. *Ciênc. saúde coletiva.*, 14(6): 2261-2268, 2009.
9. LAKATOS EM, MARCONI MA. *Fundamentos da Metodologia Científica.* 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009. 315p.
10. MOREIRA RS, NICO LS, TOMITA NE. A relação entre o espaço e a saúde bucal coletiva: por uma epidemiologia georreferenciada. *Ciênc. saúde coletiva.*, 12(1): 275-284, 2007.
11. NUNES LMN, PEREIRA AC, QUELUZ DP. Fissuras orais e sua notificação no sistema de informação: análise da Declaração de Nascido Vivo (DNV) em Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, 1999-2004. *Ciênc. saúde coletiva.*, 15(2): 345-352, 2010.
12. PADILHA WVN, VALENÇA AMG, CAVALCANTI AL, GOMES LB, ALMEIDA RVD, TAVEIRA GS. Planejamento e Programação Odontológicos no Programa Saúde da Família do Estado da Paraíba: Estudo Qualitativo. *Pesqui. bras. odontopediatria clín. Integr.*, 5(1): 65-74, 2005.
13. PORTO MF, MILANEZ B. Eixos de desenvolvimento econômico e geração de conflitos socioambientais no Brasil: desafios para a sustentabilidade e a justiça ambiental. *Ciênc. saúde coletiva.*, 14(6): 1983-1994, 2009.

14. SOUZA TMS, RONCALLI AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad. saúde pública.*, 23(11): 2727-39, 2007.
15. TERRERI ALM, GARCIA WG. A contribuição dos bancos de dados sobre o desenvolvimento social e saúde para reorganização do modelo municipal de saúde bucal. *Rev. bras odontol saúde coletiva.*, 2(1): 25-33, 2001.
16. VIACAVA F, ALMEIDA C, CAETANO R, FAUSTO M, MACINKO J, MARTINS M *et al.* Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva.*, 9(3): 711-724, 2004.

CORRESPONDÊNCIA

Yuri Wanderley Cavalcanti
Av. Des. Hilton Souto Maior, 6701. Qd. 765, Lt. 117. Portal do Sol.
João Pessoa – PB, Brasil. CEP: 58046-600

E-mail

yuri.wanderley@yahoo.com.br