



Análise da resolutividade das equipes de saúde bucal nas Unidades Básicas de Saúde da Paraíba em 2018

Analysis of the resolution of oral health teams in the Basic Health Units of Paraíba in 2018

Anderson Nobrega dos Santos¹; Marcílio Ferreira de Araújo²; Wilton Wilney Nascimento Padilha³.

¹Acadêmico de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil

²Coordenador de Saúde Bucal do Estado da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil

³Professor de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil

Autor endereço para correspondência:

Wilton Wilney Nascimento Padilha; Rua Miguel Satyro, 350, Cabo Branco, João Pessoa–
CEP:58045110, wilton.padilha@yahoo.com.br.

Resumo:

Introdução: O monitoramento de indicadores de saúde bucal é uma prática que contribui para a gestão e avaliação dos serviços utilizados pela população, bem como de ações e políticas de saúde.

Objetivo: Verificar a resolutividade das ações de saúde bucal produzidas pelas equipes de saúde bucal na atenção básica do estado da Paraíba. **Metodologia:** Estudo transversal com abordagem indutiva, procedimento estatístico e técnica de documentação indireta. A amostra foi composta de 1.065 unidades que forneceram ao Sistema de Informação E-SUS os dados de produção das Equipes de Saúde Bucal, referentes aos indicadores Tratamentos Concluídos (TC) e Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas (PC), no ano de 2018. Os dados foram coletados no E-SUS e analisados de forma descritiva. **Resultados:** No ano estudado foram registrados 300173 PC e 119799 TC. O número de TCs variou de 1 à 1444 e o PCs de 1 à 1961. A razão média de resolutividade do Estado foi de 0,66. Para as Macrorregionais de saúde I, II, III e IV, esta razão foi, respectivamente, de 0,87, 0,35, 0,76, 0,41. Para as cidades de 5 mil, 5 à 10 mil, 10 à 20 mil e mais de 20 mil habitantes tiveram médias TC/PC de 0,45, 1,27, 0,44 e 0,57, respectivamente. **Conclusão:** A resolutividade das Equipes de Saúde Bucal na atenção básica no estado da Paraíba no ano de 2018 variou de acordo com as Macrorregionais, unidades de saúde e o número de habitantes.

Descritores: Odontologia em Saúde Pública, Serviços de Saúde Bucal, Sistemas de Informação em Saúde, Saúde Coletiva, Atenção Básica.



Abstract:

Introduction: The monitoring of oral health indicators is a practice that contributes to the management and evaluation of services used by the population, as well as health policies and actions.

Objective: To verify the resolution of oral health actions produced by oral health teams in the state of Paraíba. **Methodology:** Cross-sectional study with inductive approach, statistical procedure and indirect documentation technique. The sample consisted of 1,065 units that provided data to the E-SUS Information System for the Oral Health Teams, referring to the indicators Completed Treatments (TC) and First Programmatic Dental Consultations (PC), in the year 2018. The data were collected in the E-SUS and analyzed in a descriptive way. **Results:** In the year studied, 300173 PC and 119799 TC were recorded. The number of CTs ranged from 1 to 1444 and the PCs from 1 to 1961. The mean ratio of the state's resolution was 0.66. For the macro-regional health I, II, III and IV, this ratio was, respectively, 0.87, 0.35, 0.76, 0.41. For the cities of 5 thousand, 5 to 10 thousand, 10 to 20 thousand and more than 20 thousand inhabitants had TC / PC averages of 0.45, 1.27, 0.44 and 0.57, respectively. **Conclusion:** The Resolution of the Oral Health Teams in basic care in the state of Paraíba in the year 2018 varied according to Macroregional, health units and the number of inhabitants.

Keywords: Dentistry in Public Health, Oral Health Services, Health Information Systems, Collective Health, Primary Care.

Introdução

O entendimento de que é inviável um modelo hospitalocêntrico, ou seja, onde o hospital é centro integrador no tratamento de vários problemas de saúde, de que apenas um especialista poderia saná-los e tratá-los, surgiu a atenção básica no Brasil. A atenção básica em saúde é a porta de entrada dos cidadãos ao Sistema Único de Saúde (SUS) e o principal centro de integração e comunicação com os demais níveis da Rede de Atenção¹, como as atenções secundária e terciária.

Para a ampliação do direito e acesso da população, principalmente daqueles com situação de vulnerabilidade, em 1990, a Lei Orgânica de Saúde, nº 8.080, definiu a universalidade, a equidade e a integralidade como eixos orientadores da atenção em saúde. Não devendo, portanto, surgir qualquer exclusão baseada em idade, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou qualquer outro tipo de discriminação².

Além do que já foi falado, a atenção básica é formada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), implementadas em 1994 quando eram conhecidas como Programa Saúde da Família (PSF), visam dentro de suas unidades a resolutividade. Sendo esta, a capacidade das equipes em reconhecer as necessidades locais de saúde e ofertar ações para supri-las,



desempenhando um papel central quanto a garantia de um acesso de qualidade ao serviço de atenção à saúde³.

No que tange os serviços odontológicos oferecidos ao longo dos anos, houve um desvio importante para a área de atuação da saúde bucal, onde o Estado passava a não operar com um modelo mutilador de pouco acesso, mas adequando-se a realidade assistencial nos municípios. Sendo assim, de forma a incentivar as equipes de saúde e os gestores a melhorarem constantemente a qualidade dos serviços ofertados na atenção básica, em 2011, foi implementado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica, conhecido como PMAQ-AB⁴. Este programa visa monitorar por meio de indicadores de saúde, o serviço realizado pela atenção básica em saúde.

No PMAQ-AB, a avaliação da resolutividade e do desempenho das equipes é composta por dois indicadores, o Percentual de encaminhamentos para o serviço especializado e a Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas. Sendo assim, é importante a realização de estudos acerca da resolutividade na atenção básica da Paraíba, tendo em vista a sua importância em fazer dos resultados obtidos, uso na aplicação de recursos e análise do impacto na saúde dos cidadãos em diversas áreas, encaminhando, assim, soluções para redução ou eliminação dos problemas^{5,6}.

Portanto, o objetivo desse estudo foi verificar a resolutividade das ações de saúde bucal, produzidas pelas equipes de saúde bucal na atenção básica nos municípios do estado da Paraíba.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem indutiva, com procedimento estatístico-comparativo e técnica de documentação indireta. O universo foi composto por 1.105 unidades básicas de saúde dos municípios do estado da Paraíba. Após análise, a amostra foi de 1.065 unidades dos 195 municípios que em 2018 alimentaram o sistema E-SUS com a produção de suas equipes de saúde bucal referente aos indicadores Tratamentos Concluídos e Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas. Portanto, 40 unidades foram excluídas, pois possuíam os indicadores zerados ou não lançaram no sistema a sua produção por mais de seis meses.

Os dados foram coletados através do E-SUS, Sistema de Informação indicado para a obtenção dos Indicadores de Saúde Bucal na atenção básica. Após a coleta, os dados foram organizados e tabulados em planilhas Excel de acordo com a macrorregional a qual o município pertence.



Foi calculada a razão entre Tratamentos Concluídos (TC) e Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas (PC), que de acordo com o manual instrutivo do PMAQ-A. Essa razão serve para verificar a relação entre o acesso (número de primeiras consultas odontológicas programáticas) e a resolutividade (número de tratamentos concluídos). Dessa forma, a razão TC/PC menor do que 1 indica que o número de tratamentos concluídos foi menor que os iniciados, enquanto uma razão maior que 1 revela que houve maior número de tratamentos do que se iniciados⁴.

Obteve-se as razões de cada uma das unidades, calculando a média de cada macrorregião, e fazendo, por fim, a descrição dos resultados. Os dados foram utilizados como parâmetros de comparação entre as macrorregionais do Estado e segundo o número de habitantes de cada município, estes divididos em quatro grupos: Até 5 mil, 5 à 10 mil, 10 à 20 mil e mais de 20 mil habitantes.

Resultados

Após a compilação dos dados, observou-se que foram registrados 300.173 PC e 119.799 TC nos municípios da Paraíba no ano de 2018.

Os dados cadastrados por algumas unidades de saúde no sistema de informação, apresentaram diferença entre o acesso e a resolutividade (Tabela 1).

Tabela 1. Variação da TC e do PC no estado da Paraíba, 2018.

Indicador	Mínimo	Máximo
PC	1	1961
TC	1	1444

Houve proximidade entre as médias das macrorregionais e a média do Estado (Tabela 2). As macrorregionais I e III obtiveram maior média TC/PC.

Na Tabela 3, os municípios foram colocados em quatro grupos de acordo com o seu número de habitantes. Os grupos de 5 à 10 mil e 10 à 20 mil apresentaram maior e menor média, respectivamente.



Tabela 2. Dados de produção anual média da razão TC/PC das unidades básicas de saúde da Paraíba em 2018.

Macrorregionais	Nº de unidades por macro	Média TC/PC
I	494	0,87
II	292	0,35
III	124	0,76
IV	151	0,41
Estado da Paraíba	1061	0,66

Tabela 3. Média anual das unidades básicas de acordo com o número de habitantes dos municípios paraibanos em 2018.

Nº de habitantes	Nº de cidades	Média TC/PC
Até 5 mil	55	0,45
5 à 10 mil	59	1,27
10 à 20 mil	51	0,44
Mais de 20 mil	30	0,57

Discussão

A atenção básica procura transformar uma baixa situação de saúde em outra mais desejável por meio da aplicação de técnicas e princípios norteados pelo SUS que se refletem nos indicadores de saúde.

O PMAQ-AB é importante no monitoramento de indicadores pois avaliam os serviços ofertados pela atenção básica por meio de indicadores, no entanto, este sistema depende do credenciamento das equipes de saúde, o que quer dizer que nem sempre irão refletir o total de serviços oferecidos em um município. Neste estudo, a relação entre o número de tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas, revela variabilidade entre resolubilidade e acesso.

Os dados apresentados para o estado da Paraíba (0,66) e suas macrorregiões I, II, III e IV (0,87, 0,35, 0,76, 0,41, respectivamente) se mostraram satisfatórios quando comparados à Recife-PE que em 2012 e 2013 apresentou média de 0,22 e 0,24 respectivamente, para os indicadores, tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas⁶. No entanto, apesar



dos valores demonstrados, ainda é possível diagnosticar a baixa resolubilidade na atenção básica referente à saúde bucal de unidades de saúde^{7,8}. Tendo em vista que a maioria dos tratamentos iniciados não são concluídos.

O grupo de municípios com número de habitantes entre 5 e 10 mil pessoas, excedeu o valor 1, o que significa que mais tratamentos foram concluídos do que iniciados. Não foi encontrado na literatura estudos que expliquem a relação do acesso e da resolutividade quanto ao porte populacional das cidades. No entanto, levanta-se a hipótese de que pacientes podem ter iniciado tratamentos nos meses do ano de 2017 concluindo-os no ano seguinte. Essas inconsistências encontradas limitaram o presente estudo a determinar o nível real de resolutividade da saúde bucal na atenção básica nos municípios estudados, o que dificulta a proposta de ações e incentivos que promovam às unidades melhorias eficazes. No entanto, abre margem para ações de capacitação dos profissionais de saúde quanto a utilização dos sistemas de informações.

Uma das dificuldades encontradas na análise dos dados referentes ao acesso/resolutividade é o uso de dados secundários, pois os mesmos podem não ser condizentes, seja pelo sub-registro ou por um superdimensionamento no que tange o repasse de informações para o sistema⁹, além de não ser possível a análise paciente por paciente nem quanto tempo levou a conclusão de cada tratamento. No presente estudo foi possível visualizar essa dificuldade, pois 117 (10,9%) unidades possuíam razões elevadas, como em uma unidade de saúde do município de Junco do Seridó que teve razão 29,1 para o indicador analisado. Em um estudo realizado no município de Camaragibe-PE é exposto que há profissionais pouco estimulados no que tange o registro dos dados, seja pela falta de preparo dos profissionais para utilização do sistema ou alimentá-los com o registro de primeiras consultas diariamente¹⁰.

Conclusão

Conclui-se que a resolutividade das equipes de saúde bucal na atenção básica dos municípios para os municípios do estado da Paraíba incluídos nesse estudo no ano de 2018 variou de acordo com as macrorregiões e o número de habitantes.

Referências

1. Ministério da Saúde. Portaria nº 2435. Habilita o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para estabelecimentos de saúde. Diário Oficial da União. 2017.



2. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1990.
3. Bulgareli J, *et al.* A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(2):383-391.
4. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo PMAQ para as Equipes de Atenção Básica (saúde da família, saúde bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF. Ministério da Saúde. 2015.
5. Fernandes JKB, Pinho JRO, Queiroz RCS, Thomaz EBAF. Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade? *Cadernos de Saúde Pública*. 2016;32(2):e00021115.
6. Albuquerque EDMD, Fernandes GF. Caracterização das ações de saúde bucal na atenção básica no município do Recife para os anos de 2012 e 2013. *Brazilian Journal of Health Research*. 2016;17(4):129-137.
7. Barros SG, Chaves SCL. A Utilização do sistema de informações ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. *Epidemiologia e Serviço de Saúde*. 2003;12(1):41-51.
8. 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*. 2006;9(2):190-200.
9. Pimentel FC, *et al.* Análise dos indicadores de saúde bucal do Estado de Pernambuco: desempenho dos municípios segundo porte populacional, população cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica e proporção na Estratégia Saúde da Família. *Caderno Saúde Coletiva*. 2014;22(1):54-61.
10. Martelli P JL, Cabral APS, Pimentel FC, Macedo CLSV, Monteiro IS, Silva SF. Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008;13(5):1669-74.