

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

**RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA: UMA
QUESTÃO DA SAÚDE BUCAL**

Carmellyo Pires Leite Santiago

SAPIENTIA AEDIFICAT

2017

CARMEILLYO PIRES LEITE SANTIAGO

**RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA: UMA QUESTÃO DA
SAÚDE BUCAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, da Universidade Federal da Paraíba, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontologia – Área de Concentração em Ciências Odontológicas.

Orientador: Prof. Dr. Wilton Wilney Nascimento Padilha

Coorientador: Prof. Dr. Antônio Carlos Pereira

João Pessoa

2017

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S235r Santiago, Carmellyo Pires Leite.

Resolutividade da atenção básica: uma questão da saúde bucal / Carmellyo Pires Leite Santiago. - João Pessoa, 2017.

39 f. : il.

Orientação: Wilton Wilney Nascimento Padilha.

Coorientação: Antônio Carlos Pereira.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Saúde bucal - Resolutividade. 2. Saúde bucal - Paraíba - Avaliação. 3. Atenção básica - Saúde bucal. I. Padilha, Wilton Wilney Nascimento. II. Pereira, Antônio Carlos. III. Título.

UFPB/BC

CARMEILLYO PIRES LEITE SANTIAGO

RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA: UMA QUESTÃO DA SAÚDE
BUCAL

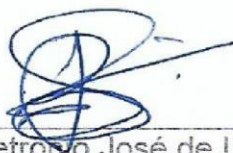
Banca Examinadora



Prof. Dr. Wilton Wilney Nascimento Padilha
Orientador



Profa. Dra. Ana Maria Gondim Valença
Examinador - PPGO



Prof. Dr. Petronio José de Lima Martelli
Examinador Externo

DEDICATÓRIA

A Deus, em sua infinita bondade, por direcionar cada passo da minha trajetória e possibilitar cada vitória alcançada.

Aos meus pais, Abílio e Carmelita, por todo suporte e incentivo a mim atribuídos.

DEDICO

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela dádiva da vida.

Aos meus pais, Abílio Leite Santiago e Carmelita Pires Santiago, pelo apoio incondicional, cuidado, dedicação, educação e exemplos de humanidade.

Ao meu irmão, pelo coleguismo e parceria durante todos os momentos da minha vida, sempre torcendo pela minha vitória.

Aos demais familiares que, direta ou indiretamente, influenciaram meu crescimento pessoal e profissional.

Ao meu orientador, Wilton Wilney Nascimento Padilha, pelo compromisso com o ensino e pelo modelo exemplar de professor. Obrigado por proporcionar meu crescimento não somente acadêmico, mas também como pessoa, e por me fazer enxergar melhor minhas capacidades e limitações.

Ao meu co-orientador Antônio Carlos Pereira, por se apresentar sempre aberto ao diálogo e às contribuições necessárias.

Aos Professores Ana Maria Gondim Valença e Petrônio José de Lima Martelli, por aceitarem o convite para participarem das minhas bancas de qualificação e defesa da dissertação e pelas imensuráveis contribuições que, com certeza, irão atribuir maior qualidade a este trabalho.

Ao professor Yuri Wanderley Cavalcanti, pela humildade e por estar acessível durante todo tempo.

À Denise de Fátima Barros Cavalcante, pela disponibilidade em ajudar e pelas valiosas sugestões.

Ao professor Edson Hilan Gomes de Lucena, pelas colaborações sempre pertinentes.

À Isabella Lima Arrais Ribeiro e Leopoldina de Fátima Dantas de Almeida, pelas relevantes contribuições.

À professora Bianca Marques Santiago, pela possibilidade de trabalhar junto durante o estágio à docência.

À grande pessoa e amiga, Rosa Maria, pelo incentivo.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa em Odontologia e Clínica Integrada e, mais especificamente, do Núcleo de Iniciação à Pesquisa em Odontologia, pelo companheirismo, amizades formadas e possibilidade de desenvolver o espírito de coletividade.

Aos colegas de Mestrado, pelo convívio e crescimento mútuo.

À CAPES, pelo financiamento à pesquisa.

EPÍGRAFE

"Por vezes, sentimos que aquilo que fazemos não é, senão, uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota."

(Madre Teresa de Calcutá)

RESUMO

Avaliar ações de serviços de saúde possibilita identificar deficiências e direcionar o planejamento e a gestão do serviço. O objetivo desse estudo foi avaliar a Resolutividade da Atenção Básica em Saúde Bucal dos municípios paraibanos, por meio do uso de um indicador, entre os anos 2011 e 2014, e testar sua associação com indicadores de cobertura da rede, fatores demográficos e socioeconômicos. Trata-se de estudo transversal de abordagem indutiva, procedimento descritivo/comparativo e técnica de documentação indireta. O universo foi composto pelos 223 municípios do estado da Paraíba – Brasil. Foram utilizados os dados de Primeira Consulta Odontológica Programática (PCOP) e Tratamento Concluído (TC), obtidos do Sistema de Informação da Atenção Básica, para composição da equação da variável dependente Indicador de Resolutividade – $IR = (TC/PCOP) \times 100$. Foram excluídos da amostra municípios que não informaram quaisquer dados necessários para obtenção do IR em pelo menos um ano. Variáveis Cobertura de Equipes de Atenção Básica (CEAB), Cobertura de Equipes de Saúde da Família (CESF), Cobertura de Equipes de Saúde Bucal (CESB), Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática (CPCOP), Percentual de Exodontias (PE) em relação aos demais procedimentos odontológicos básicos, Produto Interno Bruto (PIB), Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e Coeficiente de Gini (CG) foram considerados para análise. Os dados foram tabulados e analisados adotando-se nível de significância de 5% bicaudal. As medianas do IR em 2011, 2012, 2013 e 2014 foram, respectivamente, 20,4, 17,5, 15,2 e 15,7. Houve associação positiva do IR com CPCOP (RP=1,14; IC=1,02-1,28), CEAB (RP=1,02; IC=1,01-1,03), e negativa com PIB (RP=0,99; IC=0,99-0,99). Conclui-se que o valor do IR foi baixo nos municípios paraibanos. Melhores resultados do indicador acompanham aumento na cobertura assistencial, enquanto a melhora do IR parece ser inversamente proporcional ao PIB.

Palavras-chave: Avaliação de serviços de saúde, Atenção primária à saúde, Saúde bucal, Estudos Ecológicos.

ABSTRACT

Evaluating health service actions makes it possible to identify deficiencies and direct planning and management of the service. The aim of this study was to evaluate the Resolutivity of Primary Oral Health of Paraíba cities, through the use of an indicator, between the years 2011 and 2014, and its association with the coverage indicators, demographic and socioeconomic factors. This is a transversal study of an inductive approach, descriptive/comparative procedure and indirect documentation technique. The universe was composed of the 5,570 cities of Brazil. The data of First Programmatic Dental Consultation (FPDC) and Completed Treatment (CT), obtained from the Basic Attention Information System, were used to compose the equation of the dependent variable Resolutivity Indicator - $RI = (CT / FPDC) \times 100$. We excluded from the sample cities that did not report any data necessary to obtain RI for at least one year. Variables Basic Care Team Coverage (BCTC), Family Health Care Coverage (FHCC), Oral Health Care Coverage (OHCC), First Dental Programmatic Coverage (FDPC), Percentage of Exodontics (PE) in relation to other basic dental procedures, Gross Domestic Product (GDP), Municipal Human Development Index (MHDI) and Gini Coefficient (GC) were considered for analysis. The data were tabulated and analyzed by adopting a significance level of 5% two-tailed. The median RI in 2011, 2012, 2013 and 2014 were, respectively, 20.4, 17.5, 15.2 and 15.7. There was a positive association of RI with CPCOP (PR = 1.14, CI = 1.02-1.28), CEAB (PR = 1.02, CI = 1.01-1.03), and negative with PIB (PR = 0.99, CI = 0.99-0.99). It is concluded that the value of RI was low in the cities of Paraíba. The improved results of the indicator accompany an increase in health care coverage, while the improvement in the RI appears to be inversely proportional to the GDP.

Keywords: Health Services Research, Primary Health Care, Oral Health, Ecological Studies.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

AICc – corrected Akaike Information Criterion

CEAB – Cobertura de Equipes de Atenção Básica

CESB – Cobertura de Equipes de Saúde Bucal

CESF - Cobertura de Equipes de Saúde da Família

CG – Coeficiente de Gini

CPCOP – Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

GM/MS – Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IC – Intervalo de Confiança

IR – Indicador de Resolutividade

PAB – Piso de Atenção Básica

PCOP – Primeira Consulta Odontológica Programática

PE – Percentual de Exodontias

PIB – Produto Interno Bruto

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PPT – Plano Preventivo-Terapêutico

RP – Razão de Prevalência

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

TC – Tratamento Concluído

UBS – Unidades Básicas de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

CAPÍTULO 1

Figura 1. Diagrama esquematizando fatores que podem produzir impacto nos resultados do Indicador de Resolutividade.....	21
---	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. CAPÍTULO 1 - Resolutividade em Saúde Bucal da Atenção Básica nos municípios do estado da Paraíba, Brasil.....	18
3. CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	32
4. CONCLUSÃO.....	35
REFERÊNCIAS.....	36

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu no ano de 1988 com a proposta de reordenar os serviços e ações de saúde no Brasil, alterando a lógica do financiamento e tornando os modelos de atenção mais eficientes, garantindo integralidade, favorecendo o acesso universal e consolidando os vínculos entre a população e os serviços. A rede de serviços passaria a ser organizada de forma hierarquizada e regionalizada, possibilitando maior conhecimento dos problemas de saúde da população e favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além de ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade, seja atenção primária, média complexidade ou alta complexidade (1, 2).

O SUS avançou substancialmente em seu funcionamento, promovendo importante fortalecimento da Atenção Básica (AB) (3), termo equivalente a Atenção Primária à Saúde instituído pela Declaração de Alma-Ata em 1978 (4). Política de educação permanente, constituída por profissionais com habilidades e competências que lhes permitam compreender e atuar no SUS, é necessária para consolidação deste nível de atenção (5). A qualificação de estratégias de organização da AB deverá seguir as diretrizes do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades loco-regionais (6).

Os investimentos que viabilizam a execução de ações na AB correspondem ao Teto Financeiro do Bloco de Atenção Básica. Este divide-se em uma parte fixa (Piso de Atenção Básica – PAB – fixo), destinada a todos os municípios e que varia de R\$ 23,00 a R\$ 28,00, de acordo com o grupo a que estes pertencem (7); e uma parte variável (Piso de Atenção Básica – PAB – variável) que corresponde ao valor repassado em decorrência do incentivo de implantação e custeio de estratégias como saúde da família e saúde bucal, mas que não sofre alteração pela variação da produção. (8)

A AB deve ser o contato preferencial do usuário com os serviços públicos de saúde, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). É encarregada de promover diagnóstico e

tratamento, e apresentar capacidade de interligação com os demais serviços da rede de atenção à saúde, dentre outras atribuições, inclusive por parte dos profissionais de saúde bucal presentes nas equipes de AB. (6, 9)

Modelo de avaliação proposto por Donabedian (10) busca analisar a qualidade dos serviços de saúde por meio da tríade: estrutura (condições físicas, organizacionais, equipamentos e recursos humanos), processo (relações de produção em geral e entre profissionais e pacientes) e resultado (obtenção das características desejáveis dos produtos ou serviços, melhoria do meio ambiente e trabalho, ou mudanças obtidas no estado dos pacientes ou quadro sanitário) (11-13). Esta prática é essencial para promover um direcionamento no planejamento e na gestão do sistema de saúde, podendo ser capaz de reordenar ações e serviços de acordo com as necessidades do público alvo (14, 15). Demanda reflexão crítica sobre processos, não sendo exclusivamente um procedimento de natureza técnica, devendo ser entendida como um movimento de negociação entre atores sociais (16).

A avaliação das políticas implantadas poderá atribuir uma relação de causalidade com o resultado obtido, ao definir uma ligação entre causa e efeito. Apenas descrever os resultados alcançados não ajuda na orientação da política. Destaque importante deve ser atribuído aos recursos de que possui a epidemiologia na função de avaliar a situação de saúde de determinado local. Estudos que buscam associações entre indicadores da Atenção Básica em saúde bucal e condições sociais e econômicas municipais são uma forma de entender as desigualdades em saúde, sobretudo no acesso e na utilização dos serviços. É evidente a necessidade de inserir nos modelos de avaliação a influência de fatores do contexto político-institucional e externo, tais como: fatores organizacional, cultural, econômico e sociodemográfico. (17-19)

O intuito de avaliar o serviço inclui demonstrar o impacto da assistência prestada. Para essa mensuração são empregados indicadores com capacidade de expressar as características epidemiológicas locais e de organização e desempenho do sistema (14, 20). Indicadores de saúde são formas numéricas ou

não, obtidos a partir dos sistemas de informação, que têm como um de seus focos mensurar atividades realizadas de modo a favorecer intervenções que culminem no alcance de metas e objetivos (21). São usados para identificar, monitorar, avaliar ações e subsidiar as decisões do gestor, possibilitando verificar a evolução das condições de saúde de determinada população ao longo do tempo no território. Sua qualidade depende de critérios como formulação e precisão com que os dados são coletados, validade, confiabilidade, sensibilidade, especificidade, mensurabilidade, relevância e custo-efetividade (22). As informações advindas da observação dos indicadores contidos nos sistemas de informação impulsionam a decisão em saúde (21).

Estes indicadores têm potencial de corroborar para o desenvolvimento de metodologias de monitoramento adequadas (23), baseadas em conhecimento científico sólido (24). No entanto, esta prática representa um desafio, uma vez que estudos de avaliação da efetividade das políticas públicas não estão totalmente estabelecidos como uma área de pesquisa no Brasil (25), fazendo-se necessárias avaliações da implementação de políticas de saúde como um processo permanente e contínuo (17).

A resolutividade em saúde avalia o serviço pela capacidade de enfrentar e resolver demandas da população, desde necessidades básicas até encaminhamento para atendimento em nível mais elevado de atenção (26), o que é preconizado pelo modelo da Rede de Atenção Primária à Saúde (6). Pode ser definida ainda, conforme a Portaria GM/MS 3.925/98, como a eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde (27).

Para que se consiga avaliar os serviços ofertados em saúde, é fundamental que se tenha um sistema de informação confiável para subsidiar as decisões no estabelecimento de prioridades e para o melhor uso de recursos físicos, humanos e financeiros (28). O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) corresponde à plataforma onde estão inseridos os indicadores referentes aos serviços de atenção primária à população para os municípios do Brasil. O correto preenchimento e atualização do sistema de informação são fundamentais na

manutenção dos investimentos em saúde de cada município. O processo de alimentação do banco de dados tem caráter obrigatório, devendo ser feito por meio das fichas e relatórios em papel ou diretamente em microcomputadores, de responsabilidade de cada gestor, sendo atribuída a cada esfera de governo a incumbência de estabelecer subsídios que possibilitem o acompanhamento e avaliação do impacto/implementação dos objetivos da política de atenção básica, em consonância com especificidades do local. (14, 28, 29)

Historicamente o Brasil tem um passado marcado por exclusão social e desigualdades na distribuição de renda, o que lhe confere evidente grau de injustiça. O último Censo realizado neste país, em 2010, mostra discrepâncias no tocante a fatores como renda e desenvolvimento humano, ao comparar Unidades Federativas e regiões entre si, polarizando para regiões do sul/sudeste e norte/nordeste condições mais favoráveis e menos favoráveis, respectivamente. Aspectos socioeconômicos têm influência direta no processo saúde-doença, aparecendo como um importante fator para modificação do risco de doenças, para restrição ou facilitação do acesso a serviços de saúde, e são objetos de estudo documentados principalmente a partir do século XIX. (30)

No entanto, o estudo das desigualdades em saúde bucal e dos fatores que as influenciam precisa ser incentivado. Elas apontam para uma relação diretamente proporcional entre nível socioeconômico e condição de saúde, sendo necessário um planejamento da política de saúde pautado no princípio da equidade, dentro do contexto no qual cada população se insere. (31)

Desta forma, o objetivo desse estudo foi testar e avaliar a resolutividade da atenção básica em saúde bucal na Paraíba, e identificar possíveis responsáveis por contribuir com este indicador, tais como aspectos de cobertura da rede assistencial, demográficos e socioeconômicos.

2. CAPÍTULO 1

Resolutividade em Saúde Bucal da Atenção Básica nos municípios do estado da Paraíba, Brasil

Este manuscrito será submetido ao periódico “Journal of Public Health” (Springer) – (Qualis B1).

Carmellyo Pires Leite Santiago¹ . Gláucia Maria Bovi Ambrosano² . Yuri Wanderely Cavalcanti¹ . Antônio Carlos Pereira² . Denise de Fátima Barros Cavalcante² . Wilton Wilney Nascimento Padilha¹

¹Departamento de Odontologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 58051-900, Brasil.

²Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade de Campinas, Piracicaba, São Paulo, 13414-903, Brasil.

Carmellyo Pires Leite Santiago

E-Mail: carmellyo@hotmail.com; telephone: +55 83 99650-0901

Resumo

Objetivo: Avaliar a Resolutividade em saúde bucal da atenção básica nos municípios do estado da Paraíba – Brasil, e sua relação com indicadores de cobertura, percentual de exodontias em relação aos demais procedimentos odontológicos básicos e aspectos socioeconômicos. *Material e métodos:* Estudo transversal de abordagem indutiva, procedimento comparativo, com documentação indireta. Dados de Primeira Consulta Odontológica Programática (PCOP) e Tratamento Concluído (TC) dos municípios paraibanos (N=223), nos anos 2011 a 2014, foram obtidos no DATASUS/TABNET e utilizados para calcular o Indicador de Resolutividade (IR). A Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática (CPCOP), Cobertura de Equipes de Atenção Básica (CEAB), Cobertura de Equipes de Saúde Bucal (CESB), Cobertura de Equipes de Saúde da Família (CESF), Percentual de Exodontia (PE), Produto Interno Bruto (PIB), Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e Coeficiente de Gini (CG) foram coletados para cada município e considerados para análise. Os dados foram tabulados e analisados descritivamente e utilizando regressão múltipla binomial negativa ($\alpha=0,05$, bicaudal). *Resultados:* As medianas do IR em 2011, 2012, 2013 e 2014 foram, respectivamente, 20.4, 17.5, 15.2 e 15.7. Houve associação positiva do IR com CPCOP (RP=1,14; IC=1,02-1,28), CEAB (RP=1,02; IC=1,01-1,03), e negativa com ano (RP=0,83; IC=0,74-0,94) e com PIB (RP=0,99; IC=0,99-0,99). *Conclusão:* O valor do IR foi baixo nos municípios paraibanos para o período estudado. O IR é efetivo ao avaliar o cuidado na atenção básica em saúde bucal.

Palavras-chave: Epidemiologia. Avaliação de serviços de saúde. Atenção primária à saúde. Saúde bucal.

Introdução

O nível de atenção básica em saúde corresponde ao contato preferencial do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Apresenta função de promoção, proteção e recuperação da saúde, e deve possibilitar acesso contínuo, de qualidade e resolutivo, de modo a estimular melhoria dos indicadores de saúde da população. (Brasil, 2011a)

Neste país, a saúde bucal teve abordagem incipiente nas políticas públicas de saúde durante anos, o que trouxe dificuldades na cobertura e acesso da população. O Ministério da Saúde formalizou e regulamentou a criação das Equipes de Saúde Bucal nos serviços de atenção básica. Em 2003, lançou a Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente, que buscou ampliar o acesso da população aos cuidados odontológicos e elevar a resolutividade no âmbito da saúde bucal. Entretanto, investigações que buscam estabelecer o real impacto das políticas implementadas são necessárias, inclusive no nível regional. (Pucca Junior et al., 2015; Brasil, 2000, 2001, 2014)

É crescente o esforço para institucionalizar a avaliação em saúde no Brasil e no mundo (Arantes e Shimizu, 2012; Oliveira e Reis, 2016; Patera e Wild, 2013). Essas práticas visam promover direcionamento no planejamento e gestão da rede assistencial de saúde, contribuindo para reordenar ações e serviços (da Cruz et al., 2011a; Madeira, 2014; Pucca Junior et al., 2015). O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) ampara-se nestes anseios de avaliar resultados de políticas de saúde, com destaque para o componente da atenção básica, embora seja uma prática que depende da adesão voluntária ao processo que pode resultar em aumento do repasse financeiro ao município, e obteve resposta de 95,5% segundo o relatório de adesão – 3º ciclo (Brasil, 2015c).

A resolutividade na atenção básica pode ser definida como a capacidade de resolução das ações e serviços de saúde (Brasil, 1999). O entendimento sobre resolutividade da assistência é importante para a reorganização da qualidade do serviço ofertado (Costa et al., 2014). Embora sejam observados avanços recentes nas práticas de promoção da saúde bucal, o debate sobre resolutividade permanece vivo no meio político, científico e de gestão de serviços, devido à necessidade de se verificar o impacto desses avanços (Kusma et al., 2012). Unidades de atenção básica que funcionam adequadamente, de forma resolutiva, oportuna e humanizada, devem, em teoria, ser capazes de resolver cerca de 85% dos problemas de saúde da população e direcionar o percentual restante para unidades de maiores níveis de complexidade (Ministério da Saúde, 2000), daí a necessidade de mensurar e definir o monitoramento da resolutividade da atenção básica em saúde bucal, contribuindo para maior conciliação entre resultados de pesquisa e práticas profissionais efetivas (van der Graaf et al., 2017).

Nesse sentido, indicadores de saúde são usados para avaliar ações, monitorar e subsidiar decisões dos agentes de saúde sobre serviços ofertados, e verificar a evolução na população ao longo do tempo no território. Sua qualidade depende de critérios como elaboração e precisão dos dados, validade, confiabilidade, sensibilidade, especificidade, mensurabilidade, relevância e custo-efetividade (Bogaert e Van Oyen, 2017; Franco, 2010).

Eles são disponibilizados por diferentes países em sistemas de informação como: Australian Bureau of Statistics, National Bureau of Statistics of the People's Republic of China e United States Census Bureau (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017b). O Departamento de Informática do SUS (DATASUS), no Brasil, torna público dados de saúde que podem subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde.

A proporção de cobertura populacional estimada por Equipes de Saúde da Família na Paraíba entre 2011 e 2014 superou 91%. A avaliação da política de serviços básicos de saúde poderá atribuir relação de causalidade com o resultado observado, uma vez que define uma ligação entre causa e efeito. Estudos que analisam a relação entre indicadores da atenção básica em saúde bucal e condições socioeconômicas municipais são uma forma de entender desigualdades em saúde, sobretudo no acesso e na utilização dos serviços, devendo ser inseridos nos modelos de avaliação fatores econômicos e sociodemográficos, na tentativa de superar diferenças regionais. (Ministério da Saúde, 2017; da Cruz, 2011b; Pucca Junior et al., 2015)

O diagrama a seguir (Figura 1) projeta possíveis relações de fatores com a resolutividade da atenção básica em saúde bucal. Indicadores de Coberturas de Equipe de Atenção Básica (CEAB) e de Equipe de Saúde Bucal (CESB) dão uma perspectiva da abrangência da rede assistencial de saúde, no sentido de atingir seus potenciais beneficiários; Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática (CPCOP) refere-se a indicador que tem por objetivo identificar o acesso da população à rede; Percentual de Exodontias (PE) em relação aos demais procedimentos básicos tem potencial de sugerir melhora no tratamento ofertado. Dados socioeconômicos Produto Interno Bruto (PIB), Coeficiente de Gini (CG) e Índice Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) poderiam interferir na autonomia e decisões da população de um local. Fatores subjetivos como satisfação do usuário com o serviço ofertado e sua percepção em relação à habilidade do cirurgião dentista e ao atendimento acolhedor da equipe de saúde podem ser decisivos na adesão ao tratamento proposto. Estes fatores podem impactar direta ou indiretamente no desfecho avaliado “Indicador de Resolutividade”.

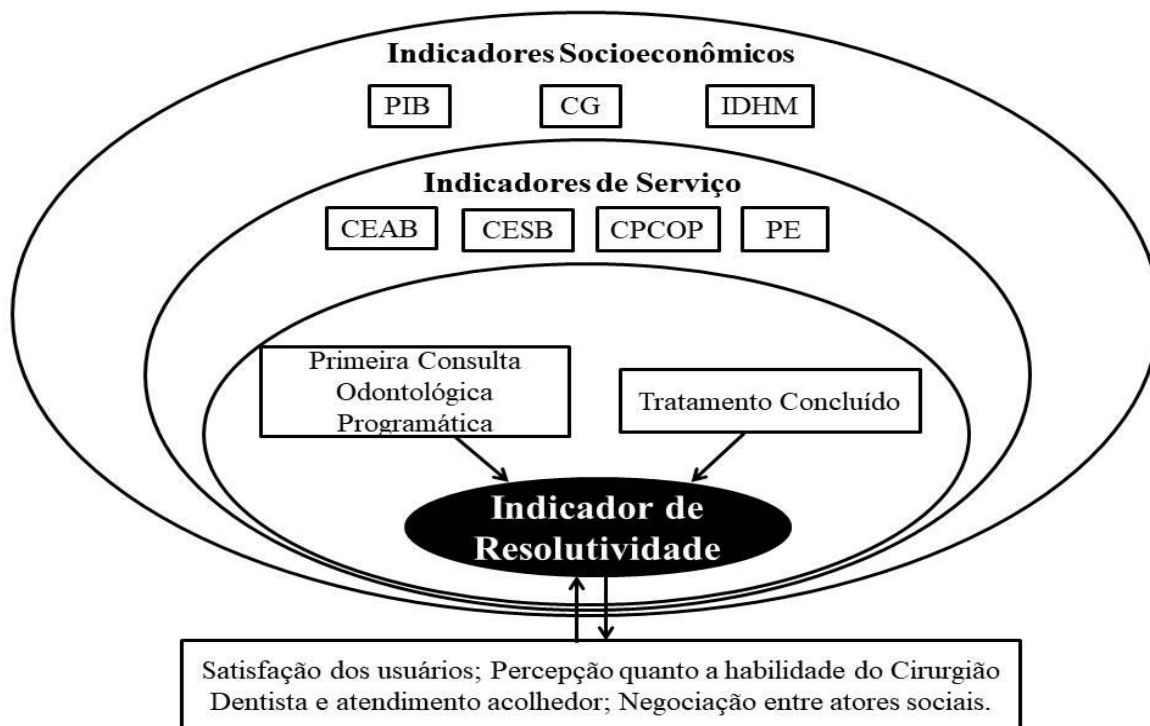


Fig. 1 Diagrama esquematizando fatores que podem produzir impacto nos resultados do Indicador de Resolutividade.

Desta forma, este estudo avaliou a resolutividade de cuidados em saúde bucal da atenção básica nos municípios paraibanos e sua relação com indicadores de cobertura, percentual de exodontias em relação aos demais procedimentos odontológicos básicos e socioeconômicos.

Metodologia

Estudo transversal de abordagem indutiva, procedimento comparativo e documentação indireta, que analisou a resolutividade em saúde bucal da atenção básica e fatores associados nos municípios (N=223) do estado da Paraíba, Brasil, como unidades amostrais, no período de 2011 a 2014.

A Paraíba corresponde a uma unidade federativa localizada na região nordeste do Brasil. Sua população contabilizada no último censo (2010) era referida em 3.766.528 habitantes, distribuídos em 223 municípios, numa área de 56.468,427 Km², e a população coberta por equipes de Atenção Básica correspondia a 94,4% para o mesmo ano.

Foram utilizados dados consolidados referentes aos tipos de atendimento do cirurgião dentista, coletados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), onde são disponibilizados dados dos municípios de todo Brasil. Valores de Primeira Consulta Odontológica Programática (PCOP) – referentes a exames clínicos odontológicos realizados com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um Plano

Preventivo-Terapêutico (PPT) – e de Tratamento Concluído (TC) – momento em que finaliza-se o PPT – compuseram o cálculo da variável dependente Indicador de Resolutividade (Bulgareli et al., 2014), para cada município, pela equação:

$$IR = \frac{TC}{PCOP} \times 100$$

Indicadores relacionados à saúde (Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática – CPCOP, Cobertura de Equipes de Atenção Básica – CEAB, Cobertura de Equipes de Saúde Bucal – CESB, Proporção de Cobertura de Equipes de Saúde da Família – CESF e Percentual de Exodontias – PE) e à economia (Produto Interno Bruto – PIB, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM, Coeficiente de Gini – CG) compuseram as variáveis independentes.

Para obter o valor da CPCOP, utilizou-se a razão entre número de primeiras consultas odontológicas programáticas e a estimativa da população coberta por equipes de atenção básica em junho do respectivo ano, multiplicada por 100. A escolha do mês junho se deu por estar em posição intermediária no ano. Repetiram-se os valores do PIB de 2013 para análise do ano 2014, em virtude de não terem sido divulgados os valores deste ano no momento da coleta dos dados; o IDHM e o CG foram repetidos em toda série temporal, por se tratarem de dados informados no último censo realizado no Brasil, em 2010.

As análises foram realizadas no programa Statistical Analysis System (SAS, University Edition, SAS Campus Drive, Cary, NC), considerando nível de significância de 5% bicaudal. Inicialmente foi realizada análise descritiva dos dados, na qual foram considerados os municípios cujos dados permitiram calcular o IR em todos os anos do período estudado. O indicador de resolutividade se ajustou à distribuição binomial negativa, daí foi realizada uma análise de regressão múltipla binomial negativa.

Os ajustes dos modelos foram avaliados pelos deviance/grau de liberdade e corrected Akaike information criterion (AICc), calculados pelo procedimento PROC GENMOD do programa estatístico. A partir dos coeficientes do modelo de regressão binomial negativa foram estimadas as Magnitudes de Efeito (Estimate), Razões de Prevalência (RP) e p-valores (Pr > ChiSq).

Resultados

O número de municípios que possibilitaram calcular o IR em toda série temporal foi 124 (55,6%), com tamanhos populacionais que variaram entre 1752 a 780738 pessoas. Os municípios que não permitiram calcular o IR apresentaram tamanho populacional entre 1243 a 105531. A Tabela 1 apresenta o Indicador de Resolutividade, dados relacionados a procedimentos básicos e à cobertura assistencial. O IR apresentou distribuição não normal, portanto os dados são melhores representados pelas medianas.

Tabela 1 Valores Máximos, mínimos, mediana e distribuição por quartis das variáveis Indicador de Resolutividade (IR)^a, Primeira consulta Odontológica Programática (PCOP)^b, Tratamento Concluído (TC)^b, Percentual de Exodontias relacionadas aos demais procedimentos odontológicos básicos (PE)^a, Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática (CPCOP)^a, Cobertura de Equipes de Atenção Básica (CEAB)^a, Cobertura de Equipes de Saúde Bucal (CESB)^a e Cobertura de Equipes de Saúde da Família (CESF)^a, no período de 2011 a 2014 para a Paraíba (n=124; municípios/quartil=31).

Variável	Ano	Mínimo	Primeiro quartil	Mediana	Terceiro quartil	Máximo
			25%	50%	75%	
IR ^a	2011	1.1	10.4	20.4	41.2	560.0
	2012	1.0	10.9	17.5	30.0	518.4
	2013	0.6	10.3	15.2	27.1	270.8
	2014	1.1	10.4	15.7	27.5	227.1
PCOP ^b	2011	2	72	191.5	450	3911
	2012	57	654.5	1312	2644.7	287020
	2013	26	738.7	1545	2719.7	128750
	2014	24	483	990	1983.2	45907
TC ^b	2011	1	12	32	115	1160
	2012	4	97	224	489	17871
	2013	2	101	249	503.2	13676
	2014	2	63	176	377.7	6447
PE ^a	2011	0.8	12.1	17.5	22.8	53.4
	2012	0.3	11.7	17.2	23.3	72.3
	2013	3.4	11.5	15.1	21.0	56.6
	2014	2.0	10.6	13.5	18.8	50.2
CPCOP ^a	2011	0.11	1.23	2.44	4.98	528.9
	2012	0.13	1.52	2.83	6.05	513.8
	2013	0.04	1.49	2.74	6.57	393.4
	2014	0.02	0.87	1.96	3.94	1038.1
CEAB ^a	2011	42.5	100.0	100.0	100.0	100.0
	2012	0.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	2013	57.8	100.0	100.0	100.0	100.0
	2014	14.1	100.0	100.0	100.0	100.0
CESB ^a	2011	56.6	100.0	100.0	100.0	100.0
	2012	61.2	100.0	100.0	100.0	100.0
	2013	66.3	100.0	100.0	100.0	100.0
	2014	64.4	100.0	100.0	100.0	100.0
CESF ^a	2011	75.2	100.0	100.0	100.0	100.0
	2012	73.9	100.0	100.0	100.0	100.0
	2013	61.5	100.0	100.0	100.0	100.0
	2014	16.2	100.0	100.0	100.0	100.0

^aValores percentuais.

^bValores absolutos.

Fonte: Ministério da Saúde/Sistema de Informação da Atenção Básica.

A tabela 2 apresenta a descrição dos dados sociodemográficos municipais.

Tabela 2 Valores Máximos, mínimos, mediana e distribuição por quartis das variáveis Produto Interno Bruto (PIB)^a, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)^b e Coeficiente de Gini (CG)^b, no período de 2011 a 2014 na Paraíba (n=124; municípios/quartil=31).

Variável	Ano	Mínimo	Primeiro quartil	Mediana	Terceiro quartil	Máximo
			25%	50%	75%	
PIB ^a	2011	11469.8	28751.3	48266.2	98348.1	11639079.7
	2012	12577.6	30414.3	53156.9	110634.0	13843818.4
	2013	12881.8	34639.4	60001.4	128159.4	14841805.0
IDHM ^b	2010	0.51	0.57	0.59	0.61	0.76
CG ^b	2010	0.44	0.48	0.51	0.54	0.70

^aDado disponível até o ano 2013, havendo a repetição dos valores deste ano em 2014.

^bDados divulgados no Censo 2010, e usados para a análise repetindo o valor para os períodos estudados.

Fonte: IBGE/Censos Demográficos 1991, 2000 e 2010.

Na Tabela 3 são apresentados resultados de associações estatisticamente significantes para o Indicador de Resolutividade e Ano, Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática, Cobertura de Equipes de Atenção Básica e Produto Interno Bruto. Após ajuste do modelo, não foi constatada associação do Indicador de Resolutividade com Percentual de Exodontias, Cobertura de Equipes de Saúde Bucal, Cobertura de Equipes de Saúde da Família, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e Coeficiente de Gini.

Tabela 3 Regressão múltipla binomial negativa do Indicador de Resolutividade e variáveis independentes Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática (CPCOP)^a, Cobertura de Equipes de Atenção Básica (CEAB) e Produto Interno Bruto (PIB), para municípios da Paraíba, entre 2011 e 2014.

Parameter	Estimate	Standard Error	RP (IC95%) ^b	Pr > ChiSq ^c
Intercept	2.0260	0.5380		0.0002
Ano	-0.1830	0.0632	0.83 (0.74-0.94)	0.0038
CPCOP	0.1358	0.0590	1.14 (1.02-1.28)	0.0213
CEAB	0.0187	0.0055	1.02 (1.01-1.03)	0.0008
PIB	-0.0000	0.0000	0.99 (0.99-0.99)	0.0037

^aCPCOP: Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática = (nº de PCOP/Estimativa da População coberta em junho do respectivo ano) x 100. ^bRazão de Prevalência (Intervalo de Confiança de 95%). ^cP-valor do teste qui-quadrado, considerando nível de significância de 5%.

Discussão

Para um país das dimensões do Brasil, com 5570 municípios, população estimada em mais de 208 milhões de pessoas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017a) e com um sistema nacional de saúde cobrindo cerca de 75% da população na atenção básica (E-Gestor Atenção Básica, 2017), monitorar resolutividade de ações de saúde na atenção básica é um grande desafio.

O IR investigado neste estudo pretende avançar das avaliações de cobertura e de produção para o acompanhamento e monitoramento da resolutividade, entendida como uma forma de identificar a efetividade das ações de saúde da rede assistencial (Brasil, 2015a). Neste sentido, busca, entre dados disponíveis, aqueles que podem apoiar as análises sobre a questão.

A série temporal estudada apresentou significativa variabilidade (Tabelas 1 e 3), neste caso, o cálculo do IR evidenciou uma involução nos valores que poderia estar associada, para além dos problemas de registro, com a reorganização da coleta e introdução de novos dados sobre cuidados em saúde bucal em 2011, no sistema de informações (Brasil, 2011b). Os dados empregados são disponibilizados pela gestão da saúde e foram utilizados em agregação por município para o estado da Paraíba.

Na Tabela 1 é descrito o desempenho nos municípios, indicando 50% dos participantes entre 10 e 27% de IR, que é um valor baixo, com base na perspectiva de que a Atenção Básica é capaz de resolver 85% dos problemas de saúde da população (Ministério da Saúde, 2000). O estudo que propôs o IR relatou sua variação de 68,5% a 104,6% entre 12 Unidades de Saúde da Família e de 27,9% a 71,9% para as Unidades Básicas de Saúde do município de Marília, no estado de São Paulo, região sudeste do Brasil (Bulgareli et al., 2014). É possível que a produção das UBS, que está agregada nos dados da atenção básica analisados, possa influenciar negativamente o valor do IR.

Não encontramos na literatura um valor (meta) a ser alcançado para a equação estudada. A razão pura entre TC e PCOP passou a ser utilizada em 2015 no terceiro ciclo do PMAQ, para montar estratégias de qualificar, acompanhar e avaliar o processo de trabalho das equipes de saúde. Em termos, o resultado da razão deve variar entre 0 e 1. Valores muito abaixo de 1 apontam para dificuldade em concluir tratamentos, e acima de 1 sugerem dificuldade de promover acesso a novos pacientes (Brasil, 2015c).

O IR no primeiro quartil (31 municípios) foi baixo (Tabela 1) e aponta a necessidade de acompanhamento caso a caso. A literatura sugere que atendimentos eventuais de urgência/emergência são registrados erroneamente como primeira consulta; somado a isso, novo registro pode ser gerado para usuário que abandone o tratamento, seis meses após sua última visita (Brasil, 2015b). Ambas situações provocam elevação do número de primeira consulta, sem que a conclusão do tratamento seja contabilizada, impactando significativamente o IR. Além disto, ocorre a concordância dos indivíduos com a elaboração do plano de tratamento (PCOP), quando possuem interesse apenas na solução de problemas pontuais como dor de dente (Oliveira et al., 2015), e após esta resolução, desistem do plano elaborado.

No quartil superior (Tabela 1), com participantes com desempenho melhor (acima de 27%), o IR registra 23 municípios com resultado aparentemente incorreto, acima de 100%, e não parece lógico, ao menos inicialmente, concluir mais casos do que são iniciados. Essas distorções nos registros poderiam ser minimizadas com treinamentos e monitoramento imediato ao lançamento dos dados (Brasil, 2015c).

A tendência à redução gradativa do percentual de exodontias relacionadas aos demais procedimentos odontológicos básicos foi verificada (Tabela 1), insinuando melhoria do acesso e mudança no modelo de atenção. Essa redução foi vista em estado da mesma região geográfica do presente estudo, mostrando que o percentual de exodontias em relação aos procedimentos básicos totais decaiu à medida que as ações de caráter conservador foram ampliadas, este resultado também esteve aliado ao aumento na cobertura de Saúde Bucal durante o estudo (de Oliveira et al., 2012).

As análises efetuadas a partir da Tabela 1 apontam o IR como um indicador potente para auxiliar a qualificação da atenção básica em saúde bucal, pois identificou falhas nos registros e permitiu mensurar e hierarquizar a produção em termos da capacidade resolutiva, esta condição pode beneficiar o monitoramento e definição de pactos e metas para o IR.

Na Tabela 2 verifica-se que os valores do PIB mostraram elevada amplitude entre os municípios, o IDHM apresentou mediana compatível com faixa de desenvolvimento humano baixo (0.50-0.59) na Paraíba (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro, 2013) e O CG manteve-se acima da média nacional, que foi de 0,485, em 2015 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2016).

A literatura sugere que indicadores socioeconômicos interferem na procura da população por serviços de saúde, e possuir garantia mínima de renda pode influenciar positivamente resultados relacionados à saúde bucal (Chen e Quiñonez, 2017; Rocha-Madruga et al., 2017). Foi descrita uma associação entre acesso do usuário aos serviços de saúde bucal com a renda de até meio salário mínimo (Rocha-Madruga et al., 2017). Lira Júnior et al. (2011) relatam que o valor do PIB por estados no Brasil tem relação inversa com a cobertura da população na Atenção Básica.

O indicador IDHM é utilizado pela Política Nacional de Atenção Básica para estabelecer prioridades e aumento nos valores de custeio e incentivo transferidos, indicando a necessidade de atenção para o desempenho de tais decisões (Brasil 2006). Por estes motivos, justifica-se estender a avaliação da resolutividade com a inclusão da abordagem das desigualdades em saúde, com base no contexto socioeconômico e político.

A relação entre indicadores socioeconômicos e de saúde bucal ainda não é bem estabelecida. Correlação positiva foi descrita entre IDH e número de primeiras consultas odontológicas programáticas, em estudo realizado em municípios do sul do Brasil (Pimentel et al., 2014a).

Com relação ao CG, aumento na desigualdade da distribuição de renda pode repercutir negativamente na condição bucal (Goulart and Vettore 2016). Nos nossos resultados apenas o PIB apresentou relação, negativa, com o IR, de modo que são necessárias observações adicionais para melhor entendimento dessa relação.

A análise estatística (Tabela 3) buscou identificar fatores associados ao desempenho do IR, considerando dados de produção e socioeconômicos. Foi observada associação positiva do IR com Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática e Cobertura de Equipes de Atenção Básica (Tabela 3). A relação oferta de serviço x população interfere nos indicadores de cobertura e de produção. Pimentel et al. (2014b) descreveram influência diretamente proporcional da cobertura da população sobre o PCOP em estudo com dados do ano 2008 para municípios de estado vizinho ao da Paraíba.

O Indicador de Resolutividade, conforme dados obtidos e análises efetuadas, confirma-se como ferramenta de apoio à gestão em saúde bucal, entretanto, este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas, tais como: qualidade do registro dos dados utilizados (por apresentar falhas no registro das informações, gerando inconsistências); delineamento do estudo (estudo que tem como unidade de observação municípios, impossibilitando a identificação dos resultados em nível individual, fragilizando inferências); impossibilidade de determinar humanização e acolhimento da prática do cirurgião dentista, sua capacitação e dos profissionais responsáveis por alimentar o banco de dados, adesão dos usuários ao tratamento, fatores que podem influenciar nos resultados do Indicador de Resolutividade.

Diante do apresentado, e considerando que são necessários maiores conhecimentos de como utilizar resultados de pesquisa em saúde pública para elaboração de políticas, o IR possui potencial para orientar gestores no monitoramento dos serviços ofertados e permitir a criação de novos mecanismos próprios de avaliação e controle, de modo a reduzir deficiências no processo de trabalho na atenção básica em saúde bucal. Deste modo, contribui com meios de gerenciamento para melhorar o nível básico de atenção em saúde bucal.

Conclusões

O IR foi efetivo ao avaliar o cuidado na atenção básica em saúde bucal, permite identificar necessidade de monitoramento e intervenção, pode subsidiar a definição de metas e pactos e tem valor baixo no estado da Paraíba.

Conflito de Interesse: os autores declaram que não têm conflito de interesses.

Referências

Arantes LJ, Shimizu HE (2012) Evaluation of the implementation of the Primary Health Care Master Plan in Unaí, Brazil. *Journal of Public Health* 20(3): 227-233. <https://doi.org/10.1007/s10389-011-0471-x>

Bogaert P, Van Oyen H (2017) An integrated and sustainable EU health information system: national public health institutes' needs and possible benefits. *Archives of Public Health* 75(1): 3. <https://doi.org/10.1186/s13690-016-0171-7>

Brasil (1999) Ministério da Saúde. Manual para organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Portaria nº 3.925, de 17 de novembro de 1998. Diário Oficial da União. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925_13_11_1998_rep.html. Acessado em 05 de dezembro de 2017

Brasil (2000) Ministério da Saúde. Portaria nº 1444, de 28 de dezembro de 2000. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf>. Acessado em 05 de dezembro de 2017

Brasil (2001) Ministério da Saúde. Portaria nº 267, de 06 março de 2001. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1725.pdf>. Acessado em 05 de dezembro de 2017

Brasil (2006) Ministério da Saúde. Portaria nº 822, de 17 abril de 2006. Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/include/arquivos/foa/pos/files/822.pdf>. Acessado em 05 de dezembro de 2017

Brasil (2011a) Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção de Saúde. Disponível em: http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf. Acessado em 05 de dezembro de 2017

Brasil (2011b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Acompanhamento e Avaliação. Instrutivo do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. 2ª versão. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/Instrutivo_SIAB_2011_V2.pdf. Acessado em 05 de dezembro de 2017

Brasil (2014) Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2013-2015. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_diretrizes_objetivos_2013_2015_2edicao.pdf. Acessado em 05 de dezembro de 2017

Brasil (2015a) Critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - Parâmetros SUS. Disponível em: <http://www.fehosp.com.br/app/webroot/files/manuais/5ffa8d1e03f7edb01e1eed7b07178cfb.pdf>. Acessado em 05 de dezembro de 2017

Brasil (2015b) Ministério da Saúde. E-SUS: Manual do Sistema com coleta de dados simplificada - CDS. (versão 2.0). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_CDS_2_0_versao_preliminar_ago_2015.pdf. Acessado em 05 de dezembro de 2017

Brasil (2015c) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica e NASF. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536378/4175279/01Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf. Acessado em 05 de dezembro de 2017

Bulgareli J, Cortellazzi KL, Ambrosano GMB, Meneghim MC, Faria ET, Mialhe FL, Pereira AC (2014) Resolubility in oral health for primary care as an instrument for the evaluation of health systems. *Ciência & saúde coletiva* 19(2): 383-391. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.20102012>

Chen YA, Quiñonez C (2017) Basic income guarantee: a review of implications for oral health. *Journal of Public Health Dentistry*. <https://doi.org/10.1111/jphd.12239>

Costa JP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Paula MLd, Bezerra IC (2014) Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Saúde em Debate* 38(103): 733-743. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140067>

da Cruz DF, do Prado RL, Valença AMG, dos Santos Machado L (2011a) A Linha do Cuidado em Saúde Bucal no Município de João Pessoa: Uma Análise de Indicadores. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada* 11(2): 291-295. <https://doi.org/10.4034/PBOCI.2011.112.22>

da Cruz MM (2011b) Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate. Em: Mattos RA, Baptista TWF Caminhos para análise das políticas de saúde, pp 181-199. Disponível em: <http://site.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps/?p=435>. Acessado em 05 de dezembro de 2017

de Oliveira PMC, de Menezes LMB, de Lima Santratin MV, de Almeida PC, de Almeida MEL (2012) Indicadores de Saúde Bucal da Atenção Básica no Estado do Ceará: Análise Crítica. *Cadernos ESP* 5(1): 29-36. Disponível em: <http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/43/40>. Acessado em 05 de dezembro de 2017

E-gestor atenção básica (2017) Informação e gestão da Atenção Básica. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acessado em 05 de dezembro de 2017.

Franco J (2010) Indicadores demográficos e de saúde: a importância dos sistemas de informação. UNASUS/UNIFESP. Disponível em:

http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_8.pdf. Acessado em 05 de dezembro de 2017

Goulart MA, Vettore MV (2016) Is the relative increase in income inequality related to tooth loss in middle-aged adults? *Journal of public health dentistry* 76(1): 65-75. <https://doi.org/10.1111/jphd.12113>

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro (2013) Brasília: PNUD, Ipea, FJP. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130729_AtlasPNUD_2013.pdf. Acessado em 05 de dezembro de 2017

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2016) Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf>. Acessado em 05 de dezembro de 2017

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017a). Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acessado em 05 de dezembro de 2017.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017b). Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/disseminacao/online/outroslinks/default.php>. Acessado em 21 de dezembro de 2017.

Kusma SZ, Moysés ST, Moysés SJ (2012) Health promotion: perspectives for evaluation of oral health in primary healthcare. *Cadernos de Saúde Pública* 28: 9-19. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300003>

Lira Júnior R, Cavalcanti YW, de Araújo Brito DB, de Lima AA, Padilha WWN (2011) Indicadores socioeconômicos e desigualdades em Saúde Bucal no Brasil. *Revista Odontológica do Brasil Central* 20(52): 20-24. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0104-7914/2011/v20n52/a2600.pdf>. Acessado em 05 de dezembro de 2017

Madeira LM (2014) Avaliação de políticas públicas. Porto Alegre: UFRGS/CEGOV. Disponível em: https://www.ufrgs.br/cegov/files/pub_37.pdf. Acessado em 05 de dezembro de 2017

Ministério da Saúde (2000) Departamento de Atenção Básica – Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*. 34(3): 316-319. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000300018>

Ministério da Saúde (2017) http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acessado em 05 de dezembro de 2017

Oliveira AEF, Reis RS (2016) Gestão pública em saúde: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS. Disponível em: http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_gp11.pdf. Acessado em 05 de dezembro de 2017

Oliveira MMd, Andrade SSCdA, Campos MO, Malta DC (2015) Fatores associados à procura de serviços de saúde entre escolares brasileiros: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2012. *Cadernos de Saúde Pública* 31(8): 1603-1614. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00165214>

Patera N, Wild C (2013) Linking public health research with policy and practice in three European countries. *Journal of Public Health* 21(5): 473-479. <https://doi.org/10.1007/s10389-013-0556-9>

Pimentel BV, Zermiani TC, Ditterich RG, Pecharki GD (2014a) A utilização dos indicadores de saúde bucal e de desenvolvimento humano no monitoramento da atenção básica nos municípios da região metropolitana de Curitiba-PR. *Espaço para a Saúde-Revista de Saúde Pública do Paraná* 15(3): 42-52. Disponível em: http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasauade/article/viewFile/18250/pdf_39. Acessado em 05 de dezembro de 2017

Pimentel FC, Albuquerque PC, Martelli PJL, Acioli RML, Souza WV (2014b) Analysis of oral health indicators of Pernambuco: performance of cities according to size population, population enrolled in the Information System for Primary Care and proportion in the Family Health Strategy. *Cadernos Saúde Coletiva* 22(1): 54-61. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400010009>

Pucca Jr G, Gabriel M, de Araujo M, de Almeida F (2015) Ten years of a national oral health policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. *Journal of dental research* 94(10): 1333-1337. <https://doi.org/10.1177/0022034515599979>

Rocha-Madruga RC, de Souza Coelho-Soares R, Cardoso AMR, Góes PSA, Cavalcanti AL (2017) Access to Oral Health Services in Areas Covered by the Family Health Strategy, Paraíba, Brazil. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada* 17(1): 1-10. <https://doi.org/10.4034/PBOCI.2017.171.06>

van der Graaf P, Forrest LF, Adams J, Shucksmith J, White M (2017) How do public health professionals view and engage with research? A qualitative interview study and stakeholder workshop engaging public health professionals and researchers. *BMC Public Health* 17(1): 892. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4896-1>

3. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Políticas públicas de saúde são implantadas com intuito de trazer melhorias para a população, e, no Brasil, elas devem seguir princípios e diretrizes preconizadas pelo SUS. Muito já se fez no país com finalidade de tornar a rede assistencial de saúde mais acessível aos seus usuários, e o nível básico é a porta de entrada aos serviços ofertados. O aumento da cobertura das equipes, verificado nesse nível de atenção, traz a expectativa de melhora das condições locais. Entretanto, o fato de a saúde ser ambiental, cultural, econômica, política e socialmente determinada traz a importância de considerar diferentes fatores que a modificam, apesar de alguns serem subjetivos e terem mensurações difíceis.

A avaliação e o monitoramento dos serviços públicos são mecanismos empregados na tentativa de promover evolução do sistema vigente, subsidiando o processo de tomada de decisão. Buscam ainda presumir e constatar o que poderá acontecer ao longo do tempo e viabilizar correto planejamento de ações. Por meio deles tenta-se atribuir juízo de valor após olhar crítico sobre capacidade estrutural, processos de trabalho, uso adequado dos investimentos financeiros e resultados obtidos no desenvolvimento da rede assistencial. Este exercício deve ser uma realidade estabelecida no nível acadêmico e pelas políticas do poder executivo. Com isso, podem-se determinar novas ações e o momento em que estas devem ser implementadas. Planejar ações na rede assistencial de saúde requer conhecimento sólido da condição do local onde se pretende interferir. A avaliação situacional depende de criteriosa metodologia e adequados instrumentos e dados, por isso, é essencial a coleta sistematizada do dado para que este se transforme em informação fiel.

O anseio por método capaz de apontar a resolutividade dos serviços da rede assistencial de atenção básica em saúde bucal é recorrente. Indicadores de saúde são artifícios que podem ser usados com essa finalidade, pelos quais podemos lançar mão para diagnosticar a verdadeira condição de determinado local, necessidade de modificar ações, estabelecer prioridades, objetivos e metas. Eles têm por exigência apresentar fidedignidade dos dados que se pretende

investigar, e vários fatores interferem no processo de tratamento das informações. Portanto, tornam-se indispensáveis investimentos que garantam qualidade dos dados coletados e disponibilizados, o que poderá ser obtido desde a capacitação dos profissionais envolvidos em todo processo de transferência, da manipulação até análise, e na implantação de auditorias efetivas e revisões do material divulgado. Isso possibilitaria, talvez, aumento na utilização dos dados disponíveis nos bancos públicos e, conseqüentemente, a obtenção de informações valiosas para o processo de gestão.

Ao considerar que se tenha metodologia que produza resultados confiáveis, saber a resolutividade dos atendimentos realizados pelos cirurgiões dentistas na atenção básica pode levar os municipais, estados e federação a direcionarem seu foco.

Na unidade, realizar reuniões de rotina para balanço das atividades, conscientizando o cirurgião dentista, e demais profissionais das equipes, quanto à necessidade de finalizar os tratamentos e motivar o paciente para adesão ao plano terapêutico proposto, são ações que podem contribuir para melhora do indicador.

Nos municípios, acompanhar os números de cada unidade e identificar fatores que podem influenciar o resultado (falta de profissionais em determinado período de tempo, que pode ter provocado demanda reprimida; localização da unidade, que pode dificultar o acesso; falta de material de trabalho, insumos) pode ser determinante para que o gestor obtenha bons resultados.

Para o estado, devem ser atribuídas funções de monitorar os números de cada município; realizar capacitação de gestores para se adequar às demandas da população, e de cirurgiões dentistas para potencializar o atendimento humanizado e acolhedor, podem garantir bom controle do cuidado em saúde.

Em nível federal, estabelecer e pactuar metas para o indicador, aumentar as políticas de incentivo e repasse financeiro, à medida que as metas sejam alcançadas por cada município, são pontos a serem discutidos.

Resultados positivos devem ser identificados e usados como modelo; os negativos carecem de investigação cautelosa de fatores relacionados que cercam este resultado. Investimentos em infraestrutura e recursos humanos podem trazer maior fidelização do usuário aos tratamentos propostos, ao torná-lo mais confiante de que seu problema será resolvido. A falta de empenho e de motivação do cirurgião dentista é fator que deve ser observado, inclusive considerando a satisfação do usuário ao atendimento recebido. O estabelecimento de mecanismos focais de intervenção, como proposta de metas para a resolutividade pode ser um modulador para alcançar melhores desempenhos nas atividades dos profissionais envolvidos.

Promover a melhora da resolutividade é ponto fundamental no bom funcionamento de toda rede, devido sua ramificação e interdependência. Com isso, espera-se que serviços de Atenção Básica em saúde bucal cumpram adequadamente com ações de promoção à saúde, de modo a reduzir gradativamente a sobrecarga em níveis mais elevados de atenção.

O Indicador de Resolutividade proposto neste estudo como forma de avaliar a saúde bucal na Atenção Básica é viável para ser empregado. A presença pontual de imprecisões é uma dificuldade encontrada que não inviabiliza o uso dos dados, mas reforça a necessidade de maior compromisso com os mesmos. O indicador busca identificar a relação entre o número de tratamentos concluídos e iniciados e pode ser aplicado de forma decisiva para obtenção de resultados gradativamente melhores.

4. CONCLUSÕES

- O Indicador de Resolutividade em saúde bucal na atenção básica dos municípios paraibanos é baixa;
- Futuros estudos devem considerar o papel da UBS na produção dos dados do IR;
- Futuros estudos devem considerar o papel da Cobertura de ESB na produção do indicador;
- Futuros estudos devem considerar o papel do financiamento diferenciado para os municípios mais deficientes (equidade);
- Futuros estudos devem considerar dados do e-SUS e do PMAQ-AB.

REFERÊNCIAS*

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS – Doutrinas e Princípios. Brasília, DF, 1990.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2003; 3(2): 221-224.
3. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília, DF, 2007.
4. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS, 1978.
5. Faria HP, Coelho IB, Werneck MAF, Santos MA. Modelo assistencial e atenção básica à saúde. 2.ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2010.
6. Brasil. Ministério da Saúde. PNAB: Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2012.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.409 de 10 de julho de 2013.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
9. Pucca Jr G, Gabriel M, de Araujo M, de Almeida F. Ten years of a national oral health policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. Journal of dental research. 2015; 94(10): 1333-1337.

* De acordo com as normas do PPGO/UFPB, baseadas na norma do International Committee of Medical Journal Editors - Grupo de Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

10. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Archives of pathology & laboratory medicine*. 1990; 114(11): 1115-1118.
11. Ameh S, Gómez-Olivé F X G, Kahn K, Tollman S M, Klipstein-Grobusch K. Relationships between structure, process and outcome to assess quality of integrated chronic disease management in a rural South African setting: applying a structural equation model. *BMC Health Services Research*. 2017; 17(229): 1-15
12. Donateli C P, Avelar P S, Einloft A B N, Cotta R M M, Costa G D. Evaluation of Health Surveillance in the Zona da Mata Mineira: from standards to practice. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(10): 3439-3455.
13. Hiott D B, Phillips S, Amella E. Adolescent Risk Screening Instruments for Primary Care: An Integrative Review Utilizing the Donabedian Framework. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*. 2017; 39(1): 1-21.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Pnass: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Brasília, 2015.
15. Madeira LM. Avaliação de políticas públicas. Porto Alegre: UFRGS/CEGOV; 2014.
16. Brasil, Ministério da Saúde. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília, 2005.
17. da Cruz MM. Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate. In: Mattos RA, Baptista TWF. Caminhos para análise das políticas de saúde. 2011. p. 181-199.
18. Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Revista de Saúde Pública*. 2005; 39(6): 930-936.
19. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Cadernos de Atenção Básica, n. 17. Brasília, 2006.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2013-2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
21. Carvalho AO, Eduardo MBP. Sistemas de informação em saúde para municípios. São Paulo: Editora Fundação Peirópolis; 1998.
22. Franco J. Indicadores demográficos e de saúde: a importância dos sistemas de informação. UNA-SUS/UNIFESP, 2010.
23. Akerman M, Mendes R, Bógus CM, Westphal MF, Bichir A, Pedroso ML. Avaliação em promoção da saúde: foco no município saudável. Revista de Saúde Pública. 2002; 36(5): 638-646.
24. Contandriopoulos A-P. Avaliando a institucionalização da avaliação. Ciênc saúde coletiva. 2006; 11(3): 705-711.
25. Crumpton CD, Medeiros JJ, Ferreira VdRS, Sousa MdM, Najberg E. Evaluation of public policies in Brazil and the United States: a research analysis in the last 10 years. Revista de Administração Pública. 2016; 50: 981-1001.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica e NASF. Brasília, DF, 2015.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Aprova o Manual para organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Portaria n. 3.925 de 17 de novembro de 1998. Diário Oficial da União. Brasília, 1999.
28. Junqueira SR, Frias AC, Zilbovicius C. Saúde bucal coletiva: quadros social, epidemiológico e político. In: Rode SM, Nunes SG. Atualização clínica em odontologia. São Paulo: Artes Médicas. 2004: 591-604.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS). Brasília, 2015.

30. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

31. Antunes JLF. Condições socioeconômicas em saúde: discussão de dois paradigmas. Rev Saude Publica. 2008; 42(3): 562-567.