



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPÍ
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CÉLIO DA SILVA ALMENDRA

**PERFIL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA NO PIAUÍ**

TERESINA

2014

CÉLIO DA SILVA ALMENDRA

**PERFIL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA NO PIAUÍ**

Trabalho de Conclusão de Mestrado - TCM
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família do
Centro Universitário - UNINOVAFAPI, como
requisito para obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família.

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha Pesquisa: Formação de Recursos Humanos na
Atenção à Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Fabrício Ibiapina Tapety

TERESINA

2014

FICHA CATALOGRÁFICA

A448p

Perfil da assistência de saúde bucal na estratégia saúde da família no Piauí / Célio da Silva Almendra. Teresina: Centro Universitário UNINOVAFAPI, 2014.

(Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família)

73. p.

1. Promoção da saúde; 2. Sistema de informação;
3. Saúde bucal . I. Almendra, Célio da Silva. II. Título.

CDD 616.132

CÉLIO DA SILVA ALMENDRA

PERFIL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE BUCAL
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO PIAUÍ

Trabalho de Conclusão de Mestrado - TCM
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família do
Centro Universitário - UNINOVAFAPI, como
requisito para obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família.

Data da Aprovação: 14/07/2014

BANCA EXAMINADORA

Fabício Ibiapina Tapety
Prof. Dr. Fabrício Ibiapina Tapety – Orientador
Centro Universitário Uninovafapi

Marcoeli Silva de Moura
Marcoeli Silva de Moura – 1ª Examinadora
Universidade Federal do Piauí

Maria Eliete Batista Moura
Maria Eliete Batista Moura – 2ª Examinadora
Centro Universitário Uninovafapi

Maria do Carmo de Carvalho e Martins
Maria do Carmo de Carvalho e Martins – Suplente
Centro Universitário Uninovafapi

AGRADECIMENTOS

Como não poderia deixar de ser, primeiro a Deus, que me guiou até aqui.

À Zoellyner, minha esposa, incentivadora e apoiadora dessa etapa de minha vida.

Aos filhos, Cynnara Luanna e Chrystopher Luan, amuletos e estímulos, razão da força que empreendo no dia a dia para enfrentamento dos obstáculos da vida.

Ao meu orientador, Fabrício Ibiapina Tapety, por sua imensa disponibilidade e compreensão da ousadia deste projeto. A quem tenho muita admiração, respeito e orgulho por tê-lo como parceiro, na realização desta empreitada.

À coordenadora Maria Eliete Batista Moura, pela excelente condução do Programa de Mestrado, pelos ensinamentos e incentivo nos momentos críticos de condução deste trabalho.

Aos componentes da banca, dentre eles a professora Marcoeli Moura, professora na Especialização em Odontologia Coletiva, pela valorosa colaboração e participação na concretização de mais uma etapa.

Aos professores do programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da UNINOVAFAPI, pelos ensinamentos, aprendizado transferido, incentivo e atenção ao corpo discente.

Aos funcionários da UNINOVAFAPI pela acolhida, tratamento e contribuição na concretização dessa etapa.

Às colegas de turma de Mestrado Profissional em Saúde da Família da UNINOVAFAPI, pelo companheirismo, apoio, incentivo, respeito e aceitação em meio a todas as atividades, assim como pela união da turma, motivo de eterna recordação.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente me ajudaram a chegar até aqui, muitíssimo obrigado!

RESUMO

O Programa de Saúde Bucal surgiu para oportunizar acesso da população à prevenção, promoção e recuperação da saúde. No Piauí, ocorreu grande expansão das equipes em todo o estado, por isso sentiu-se a necessidade de analisar o perfil da assistência em saúde bucal. Os objetivos do estudo foram verificar o perfil da assistência de saúde bucal na estratégia saúde da família, identificar a cobertura populacional de equipes de saúde bucal, conhecer a produtividade odontológica e verificar o perfil assistencial, em relação aos procedimentos realizados, por território de desenvolvimento sustentável. Trata-se de estudo de abordagem quantitativa descritiva de corte transversal, cuja fonte de dados são os Sistemas de Informação em Saúde do SUS. Procedeu-se coleta de informações em todos os municípios e consolidou-se por territórios. Os dados pesquisados foram quantitativo populacional, cobertura de equipes atenção básica e de saúde bucal, quantidade de procedimentos de saúde bucal, classificados por grupo e número de equipes implantadas. Os resultados mostraram nos territórios com maiores médias de produtividade, também maiores desvios-padrão e maiores amplitudes de dados. Em todos os territórios, a média é maior que a mediana, isso porque, alguns municípios apresentam dados de produtividade extremos e discrepantes. Nos dados de cobertura populacional por equipes de saúde bucal, um dos territórios apresentou igual cobertura de equipes de atenção básica e de saúde bucal, mas não significa que a quantidade de equipes implantadas seja a mesma, porque depende do cálculo de tais coberturas. Quanto aos grupos de procedimentos, muitos territórios não apresentaram relação, comparando promoção e prevenção com procedimentos clínicos e cirúrgicos, com resultados satisfatórios, pois estes variavam de 0,05, a 0,84. Comparando a produtividade, cobertura e relação de procedimentos, verifica-se que alguns territórios com boa cobertura, tem baixa produtividade, mas ótimo perfil quanto a quantitativo de procedimentos de promoção e prevenção de doenças. O território com melhor média de produtividade e cobertura satisfatória de saúde bucal, apresenta elevadíssimo quantitativo de procedimentos clínicos e cirúrgicos, comparado a outros procedimentos. Observa-se grande heterogeneidade nos dados de produtividades, talvez decorrente de problemas na informação dos dados produzidos e, por tratar-se de dados secundários, precisam de estudos mais aprofundados. Alguns territórios apresentam municípios com satisfatória cobertura de equipes de saúde bucal, mas funcionam de maneira diversa ao preconizado na estratégia saúde da família, pois priorizam procedimentos clínicos e cirúrgicos. Portanto, vê-se a necessidade de aprimoramento da qualidade dos dados informados e necessidade de reformulação na estratégia de ação das equipes para posterior reavaliação, rediscussão e, se necessário, reprogramação das ações. Foi elaborada uma cartilha sobre procedimentos em Saúde Bucal constantes na ficha e-SUS

Palavras-chave: Promoção da saúde. Sistemas de informação. Saúde bucal

ABSTRACT

The Oral Health Program aims to create opportunities to people's access to prevention, promotion and health recovery. In the state of Piauí, there was a large expansion of teams across the state, so it was necessary to analyze the profile of care in oral health. The objectives of the study were to assess the profile of oral health care in the family health strategy, identify the population coverage of oral health teams, meet the dental productivity and check the assistencial profile in relation to the procedures performed by the territory of sustainable development. This is a descriptive study of cross-sectional quantitative approach, whose source of data is the Health Information Systems of SUS. Next, we have collected information in all municipalities and consolidated by territories. The surveyed data were quantitative population, primary care teams and oral health teams coverage, number of oral health procedures, ranked by group and number of deployed teams. The results showed the territories with higher averages of productivity, also higher standard deviations and higher data widths. In all areas, the average is higher than the median, because, some municipalities have extreme and disparate productivity data. In the data of population coverage by oral health teams, one of the territories had equal coverage of primary care and oral healthcare teams, but does not mean that the amount of teams implemented is the same, because it depends on the calculation of such coverages. Regarding the groups of procedures, many territories had no relation, comparing promotion and prevention with clinical and surgical procedures, with satisfactory results, as they ranged from 0.05 to 0.84. Comparing productivity, coverage and relation of procedures, it appears that some areas with good coverage, has low productivity, but great profile regarding the number of promotion and disease prevention procedures. The territory with better productivity average and satisfactory coverage of oral healthcare, has very high number of clinical and surgical procedures compared to other procedures. There is great heterogeneity in productivity data, perhaps due to problems in the information of the produced data and, because it is secondary data, need further study. Some territories have municipalities with satisfactory coverage of oral health teams, but they work differently with that recommended in the family health strategy, because prioritize clinical and surgical procedures. Therefore, it is clear the need to improve the quality of reported data and the need for reformulation of the strategy of action of the teams for further reassessment, re-discussion and, if necessary, reprogramming of activities. It was developed a primer on procedures in oral health in record e-SUS.

Keywords: Health promotion. Information systems. Oral health

RESUMEN

El Programa de Salud Oral llegó a oportunizar acceso de la población a la prevención, promoción y recuperación de la salud. En Piauí, grandes equipos de expansión en todo el estado, por lo tanto sintió la necesidad de analizar el perfil de la atención en salud oral. Los objetivos del estudio fueron evaluar el perfil de cuidado de la salud oral en la estrategia de salud de la familia, identificar la cobertura de la población de los equipos de salud bucal, conocer la productividad dental y comprobar el perfil asistencial en relación con los procedimientos realizados por el territorio de desarrollo sostenible. Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal enfoque cuantitativo, cuya fuente de datos es el Sistema de Información de la Salud del SUS. Procedió a recoger la información en todos los municipios y consolidado por territorios. Los datos estudiados fueron población cuantitativa, cobertura de equipos de la atención primaria y salud oral, la cantidad de procedimientos de salud oral, clasificado por grupo y el número de equipos desplegados. Los resultados mostraron los territorios con una mayor productividad media, También mayores desviaciones estándar y mayores anchuras de datos. En todos los territorios, el promedio es superior a la media, ya que, en algunos municipios hay datos extremos y discrepantes de productividad. En cobertura de la población de datos para equipos de salud bucal, uno de los territorios tenía igual cobertura de los equipos de atención primaria y la salud oral, pero no quiere decir que el número de equipos desplegados es el mismo, ya que depende del cálculo de dichas cubiertas. En cuanto a los grupos de procedimientos, muchos territorios no tienen ninguna relación, a la comparación de promoción y prevención con los procedimientos clínicos y cirúrgicos, con resultados satisfactorios, ya que estos variaban 0,05 a 0,84. Comparando la productividad, cobertura e relación de procedimientos parece que algunos territorios con buena cobertura, tienen baja productividad, pero gran perfil cuanto a cuantitativos de procedimientos y prevención de enfermedades. El territorio con un mejor promedio de la productividad y una cobertura satisfactoria de la salud bucal, presenta procedimientos clínicos y cirúrgicos extremadamente altas cuantitativos en comparación con otros procedimientos. Existe una gran heterogeneidad de los datos de productividad, tal vez debido a problemas en la información de los datos producidos y, debido a que es de datos secundarios, es necesario un mayor estudio. Se necesitan más estudios. Algunos territorios tienen municipios con una cobertura satisfactoria de los equipos de salud bucal, pero funcionan de forma diferente al defendido en la estrategia de salud de la familia, ya que da prioridad a los procedimientos clínicos y cirúrgicos. Por lo tanto ve la necesidad de mejorar la calidad de los datos comunicados y la necesidad de reformular la estrategia de acción de los equipos para su posterior reevaluación, rediscusión y, si es necesario, la reprogramación de las acciones. Se desarrolló un manual de procedimientos en la salud oral en el expediente e-SUS

Palabras llave: Promoción de la salud. Sistemas de información. Salud oral

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

CD- Cirurgião Dentista

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

DAB – Departamento de Atenção Básica

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSF – Programa Saúde da Família

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
1.1 Contextualização do problema.....	08
1.2 Objetivos.....	10
1.3 Justificativa do estudo.....	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
2.1 Política Nacional de Saúde Bucal.....	11
2.2 Sistemas de Informação em Saúde.....	12
2.3 Atenção em Saúde Bucal.....	13
3 METODOLOGIA.....	15
3.1 Tipo de estudo.....	15
3.2 Abrangência dos dados.....	15
3.3 Procedimento de coleta e processamento de dados.....	15
3.4 Análise dos dados.....	17
3.5 Aspectos éticos.....	17
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	19
4.1 Manuscrito: Perfil da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família no Piauí.....	19
4.2 Produto: Manual com Procedimentos de Saúde Bucal constantes nas fichas e-SUS....	46
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS.....	54
APÊNDICE.....	58
ANEXOS.....	67

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do Problema

O Ministério da Saúde lançou o Programa de Saúde da Família em 1994, como Política Nacional de Atenção Básica, de caráter organizativo e substitutivo da realidade assistencial, focado no médico especialista. Notada a expansão do Programa, o Ministério da Saúde, através da portaria GM/MS 648 de 28/03/2006, transforma o programa em Estratégia Saúde da Família com o intuito de organizar a Atenção Básica, e atualmente, de acordo com a portaria GM/MS 2.488 de 21/10/2011, consolidar e expandir (BRASIL, 2011).

O Programa de Saúde Bucal surge ao final do ano 2000, através da portaria GM/MS 1444 de 28/12/2000, com o intuito de ampliar o acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, melhorar os índices epidemiológicos da população e a necessidade de incentivar a reorganização da saúde bucal na atenção básica, por meio da implantação de suas ações no Programa de Saúde da Família. Inicialmente, a proporção devia ser de uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) para cada duas Equipes de Saúde da Família (ESF), dois anos depois, através da portaria GM/MS 673 de 03/06/2003, passaram a uma ESB para cada ESF (BRASIL, 2000).

No Piauí, as primeiras Equipes de Saúde Bucal foram implantadas em Abril de 2001, num total de dezesseis, em doze municípios. De lá até o final de 2011, já somavam novecentas e oitenta e duas ESB, distribuídas nos duzentos e vinte e quatro municípios. Quanto à ESF, as primeiras vinte e uma foram implantadas apenas na capital, em 1998, e, até 2011, já somavam mil cento e treze ESF em todos os municípios. Esse avanço na implantação de novas Equipes de Saúde significou também uma reorientação da assistência à saúde, à medida que os procedimentos de promoção e prevenção foram substituindo procedimentos curativos.

O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) foi implantado em 1995, visando ao registro dos atendimentos no âmbito ambulatorial, através do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA). O SIA vem sendo aprimorado para ser um sistema que gere informações referentes ao atendimento ambulatorial e que possa subsidiar gestores no monitoramento dos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos serviços de saúde (BRASIL, 2009). As informações processadas no SIA são encaminhadas, pelas

secretarias estaduais e municipais de saúde ao DATASUS, para alimentar o Banco de Dados Nacional, cabendo a esse, efetuar a validação desses bancos de dados e realizar a disseminação das informações.

Os sistemas nacionais que registram os procedimentos realizados pelas Equipes de Saúde Bucal são o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). A consulta ao SIA/SUS permite um acompanhamento da produção ambulatorial odontológica, assim como a busca de dados para efetuar o cálculo dos indicadores quantitativos odontológicos que auxiliam na avaliação da organização da saúde bucal nos municípios. No SIAB, podem ser registrados procedimentos coletivos, visitas domiciliares e atividades educativas realizadas pela equipe de saúde bucal. A tabela de procedimentos do SIA/SUS é constituída por procedimentos de atenção básica, de média e alta complexidade. Por sua vez, os procedimentos são distribuídos por grupos, subgrupo e nível de organização (BARROS; CHAVES, 2003).

O Ministério da Saúde, objetivando aprimorar a informação, de forma individualizada e não mais consolidada, reestruturou os sistemas de informação em saúde através do e-SUS AB, permitindo o acompanhamento de cada usuário atendido e as ações desenvolvidas pelos profissionais. Além disso, o eSUS integra os diversos sistemas de informação existentes na Atenção Básica, reduzindo a necessidade de registrar as mesmas informações em mais de um instrumento (fichas/sistemas), aproxima a informação produzida ao processo de trabalho dos profissionais da AB, qualificando o cuidado em saúde e a cultura do uso da informação (BRASIL, 2013).

A prestação pública de serviços em saúde bucal avança de um panorama de oferta limitada de procedimentos de baixa complexidade com reduzida realização de procedimentos especializados, em direção à ampliação do acesso na atenção básica e na média complexidade. (KORNIS et. al, 2011). Essa ampliação se dá por conta do avanço na implantação de equipes de saúde bucal por todo o país e concomitante implementação dos centros de especialidades odontológicas que, somados à atenção básica tornam-se instâncias de imensa resolutividade na saúde bucal, quando interagem quanto à referência e contra referência.

Considerando a grande expansão do Programa de Saúde Bucal no estado do Piauí, percebe-se a necessidade de pesquisar e analisar o perfil das ações dessas equipes de saúde bucal. Faz-se necessária ainda, a análise do perfil assistencial quanto a procedimentos preventivos e de promoção da saúde, comparados aos procedimentos clínicos e cirúrgicos. Essas informações devem ser comparadas a outra variável local, tipo cobertura das equipes de saúde.

Diante dessa problemática, este trabalho tem como objeto de estudo o perfil da assistência em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.

1.2 Objetivos

- Investigar o perfil da assistência em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, no estado do Piauí.
- Identificar a cobertura populacional de equipes de saúde bucal, por território de desenvolvimento sustentável do estado do Piauí;
- Conhecer a produtividade odontológica nos territórios do estado do Piauí, registradas no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) no ano de 2011;
- Verificar o perfil assistencial da odontologia, na Atenção Básica, em relação aos grupos de procedimentos (prevenção + promoção, procedimentos clínicos + cirúrgicos).

1.3 Justificativa

Considerando as novecentas e oitenta e duas equipes de saúde bucal implantadas em todo Estado do Piauí, ao final de 2011 e a existência de municípios com centenas dessas equipes, comparado a vários municípios com poucas equipes de saúde bucal, existe a necessidade de identificar o grau de produtividade das equipes de saúde bucal municipais, comparando grandes e pequenos municípios, da região Norte ou Sul do estado e os mais próximos da capital ou longínquos. O ano analisado foi o de 2011, considerado mais recente, com disponibilidade dos dados e não que tenha sido influenciado por movimentos político-eleitorais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Política Nacional de Saúde Bucal

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo bem próximo das pessoas, seja da moradia, do trabalho ou do seu dia-a-dia das pessoas. Além de contato preferencial dos usuários, deve haver um reordenamento para tornar-se a principal porta de entrada no sistema e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da territorialidade, do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, coloca-se a ESF como estratégia do SUS, e por isso, a saúde bucal deve estar em consonância com seus princípios e diretrizes. O território, a população adscrita, o trabalho em equipe e a intersetorialidade constituem eixos fundamentais de sua concepção, objetivando ampliar o acesso aos serviços e criar vínculos com a população (BRASIL, 2004).

Algumas iniciativas extra-clínicas de promoção e prevenção em saúde, mostram-se como pressupostos da estratégia de Saúde da Família, havendo necessidade do respeito as peculiaridades individuais, sociais, locais e regionais. Dentro das ações de saúde bucal, isso significa inovação, novas maneiras e acima de tudo, desafios, por conta da forma tradicional de atuação odontológica.

As experiências de incorporação da saúde bucal na ESF, não apenas, transpuseram o espaço de trabalho do Cirurgião-Dentista (CD) para além do consultório, mas promoveram evolução das práticas odontológicas, estabelecendo horizontes quanto à importância do estabelecimento de uma saúde bucal coletiva, universal, integral e equânime. (CORREIA JR, 2010).

Segundo o Caderno 17 da Atenção Básica, planejar significa criar a possibilidade de se compreender a realidade, os principais problemas e necessidades da população e até estabelecer estratégias de ação. Para planejar as atividades de saúde bucal na atenção básica, é necessário utilizar-se da epidemiologia para conhecer e monitorar as principais doenças bucais, riscos, tendências e até prevalências, avaliar o impacto das medidas adotadas, estimar necessidades de recursos para os programas, indicar novos caminhos e estabelecer metas nas instâncias de pactuação (BRASIL, 2006).

Os sistemas locais de saúde deveriam, então, criar protocolos, parâmetros ou até outras estratégias que orientassem e acompanhassem o funcionamento das equipes implantadas. Dentro dessa complexidade, adequar-se a realidade local e capacitar as equipes para uso correto dos sistemas de informação são estratégias que colaboram no monitoramento e avaliação das equipes de saúde.

2.2 Sistemas de Informação em Saúde

No Manual Técnico Operacional SIA/SUS, a informação é insumo de grande importância na medida em que é adequada para fortalecer o processo de tomada de decisões. Um Sistema de Informação de Serviços de Saúde é considerado como instrumento necessário ao processamento de dados e transformação em informações necessárias aos vários setores de planejamento e gestão dos sistemas de saúde. Os sistemas de informação foram passando por uma série de transformações, remodelagens, de maneira a adequar-se às necessidades dos sistemas de saúde quanto ao monitoramento, planejamento, programação, regulação, avaliação, controle dos serviços e elaboração dos pactos de saúde (BRASIL, 2009).

A utilização de sistemas de informações em saúde permitiu subsidiar discussões e reflexões que auxiliam diretamente os gestores públicos nas questões de planejamento. O correto preenchimento das planilhas de produção das equipes de saúde reverte em dados fidedignos, que permitem a transformação da informação em instrumentos úteis ao direcionamento do trabalho das equipes de saúde. O uso de informações sociodemográficas e até econômicas, no estudo das vulnerabilidades e riscos a que estão expostas às populações, contribui para melhor entendimento sobre a dimensão que as condições de vida podem inferir na condução das políticas de saúde (VITOR, 2011).

Embora a avaliação em saúde ainda seja pouco utilizada nos serviços de saúde pública, especialmente saúde bucal, a utilização de outras estratégias tipo, exploração de

sistemas de informação e utilização de documentos de gestão podem contribuir no aperfeiçoamento das atividades avaliativas. A pesquisa de dados em várias fontes, ao longo de grande espaço de tempo pode favorecer a compreensão de informações relacionadas à realidade local do sistema (LESSA; VETTORE, 2010).

2.3 Atenção em Saúde Bucal

A odontologia vive um momento importante e proveitoso ao fazer parte da Estratégia Saúde da Família. Em Pernambuco, Viana, ainda que reconhecendo a expansão progressiva das equipes de saúde bucal, verificou que ainda há muito que construir para o efetivo acesso da população aos serviços odontológicos no SUS. Assim, acreditava que a simples facilitação do acesso, ocorreria de maneira muito fácil quando, simplesmente se aumentasse a oferta de serviços de saúde bucal (VIANA, 2012).

A inclusão dos dentistas no PSF tem propiciado uma melhora do acesso da comunidade aos serviços de saúde bucal, suprimindo uma carência tradicional a esse tipo de serviço, no entanto, uma melhor participação gestora nesse processo seria fundamental à realização de atividades condizentes ao preconizado na Estratégia Saúde da Família, via motivação à mudança de práticas tradicionais, investimento em educação permanente, monitoramento e avaliação dos serviços (ROCHA; ARAÚJO, 2009).

Atualmente, a saúde bucal coletiva assume uma postura de assistência à saúde, de forma integral e não só centrada na doença, mas precisa ser incorporada por cada um dos profissionais para pôr essa proposta em prática e mesmo trabalhando em zona de território definido, estabelecer uma política de atenção equânime (VIANA, 2012).

A ampliação do programa de saúde bucal, dentro da expectativa do PSF aconteceu de uns tempos pra cá, por conta da certeza do estabelecimento de financiamento a tal iniciativa. Isso estimulou gestores e técnicos a apoiarem tal proposta e dentro das possibilidades estruturais e necessidades locais, propiciar a grande expansão das equipes.

O financiamento em saúde bucal, proporcionado pelo governo federal aos municípios, tem refletido em indução da implantação de novas equipes de saúde bucal em muitos municípios das mais diversas regiões do país, muitas vezes, de forma incoerente. Apesar desse caráter indutor, se não fosse por esse financiamento, essa ampliação das equipes não ocorreria e a oportunidade de mudança no perfil assistencial da saúde bucal não seria alcançável (MATTOS et.al., 2014).

Dentro dos programas de saúde bucal coletiva, faz-se necessária, periodicamente, a divulgação, inserção, acompanhamento, monitoramento e avaliação dos serviços prestados no âmbito do SUS. No planejamento em Saúde Bucal, buscam-se nos dados e informações disponíveis, elementos que representem a assistência odontológica dispensada e perfil de atendimento realizado. Para essa análise pode-se fazer uso dos bancos de dados oficiais e dentro dessa análise pode-se ainda pesquisar a produtividade de cada equipe de saúde bucal.

A avaliação do modelo de atenção em saúde vigente é de fundamental importância como primeiro passo no sentido da programação e planejamento em saúde bucal, permitindo estabelecer prioridades de ação e alocação de recursos de forma direcionada à melhoria das condições de saúde da população (JACCOTTET et.al., 2012). Assim, a discussão e planejamento do sistema, e avaliação da informação por parte dos gestores, técnicos e profissionais, tipificam-se como prática indispensável do dia-a-dia na programação dos serviços.

O aperfeiçoamento operacional e administrativo dos modelos de gestão dos sistemas locais de saúde, somado a imensa heterogeneidade epidemiológica do país e a enorme necessidade de otimização dos recursos em saúde, são as principais causas da necessidade constante de reavaliações, adequações e reprogramações das políticas, programas e serviços de saúde no Brasil (GOES et.al., 2012).

Além disso, uma maior oferta e disponibilidade de serviços de saúde podem não necessariamente significar maior utilização. As principais razões para essa diferença entre oferta e utilização podem estar associadas à disponibilidade e estímulo da força de trabalho, sua localização e distribuição geográfica, possíveis mudanças no perfil epidemiológico e o acesso estrutural e geográfico a serviços odontológicos (CHAVES et.al., 2011).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo de corte transversal, pois tende a visualizar a situação de determinada população, em um certo momento. A escolha dessa abordagem, advém da tentativa de prover resposta a determinado problema, levando em conta a realidade do pesquisador, as fontes de dados, recursos disponíveis e a aplicabilidade dessa informação no campo da realidade prática (ARAGÃO, 2011).

Os estudos descritivos são usados quando pouco se sabe sobre determinado fenômeno em particular. O pesquisador observa, descreve e documenta vários aspectos do fenômeno, sem possibilidade de manipulação das variáveis ou investigação sobre causa e efeito. Os desenhos descrevem e determinam a frequência com que um fato ocorre, para depois elencar e categorizar a informação. Os resultados dessa atividade fornecem a base de conhecimento para elaboração de hipóteses e direciona a possibilidade de estudos subsequentes (SOUSA; DRIESSNACK; MENDES, 2007).

3.2 Abrangência dos dados

Os dados referem-se às informações de saúde bucal dos duzentos e vinte e quatro municípios do estado do Piauí. Considerando que todos esses municípios contêm equipes de saúde bucal, implantadas no respectivo ano, e que as referidas equipes realizam e registram os procedimentos, certamente essas informações estarão disponíveis nos Sistemas de Informação em Saúde. Esses dados foram consolidados por território, já que, o estado está dividido em onze territórios de desenvolvimento regional sustentável (Planície Litorânea, Cocais, Carnaubais, Entre Rios, Vale do Sambito, Vale do Rio Guaribas, Vale do Canindé, Serra da Capivara, Vale dos Rios Piauí e Itaueiras, Tabuleiros do Alto Parnaíba, Chapada das Mangabeiras), conforme Lei Complementar nº 87, de 22 de Agosto de 2007 (PIAUI, 2007).

3.3 Procedimento de coleta e processamento de dados

Os dados, em sua maioria foram coletados do Sistema de Informações em Saúde, sítio do DATASUS. Outros foram coletados do Departamento de Atenção Básica – DAB, na

página Histórica de Cobertura da Saúde da Família. Os dados coletados no SIA/SUS são referentes a procedimentos, exclusivamente odontológicos, da Atenção Básica, informados pelos municípios piauienses e consolidados por territórios, no ano de 2011, na categoria quantidade apresentada.

Para coleta dos dados, foi utilizado um formulário estruturado, onde constam, os onze territórios de desenvolvimento.

Para cada território, consta o contingente populacional, oriundo da estimativa populacional do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) para o ano de 2011. Faz presente também a proporção de cobertura das Equipes de Atenção Básica e cobertura populacional de Equipes de Saúde Bucal, em porcentagem, informadas na página eletrônica do DATASUS, referentes a 2011.

Para o cálculo da produtividade, foi colhido o quantitativo de procedimentos de promoção, prevenção, clínicos e cirúrgicos em saúde bucal, também constante na página do DATASUS, referentes a 2011. Para coleta desses dados, far-se-á necessário elencar todos os procedimentos de Saúde Bucal, inerentes à Atenção Básica, separando-os em dois grupos, promoção com prevenção e procedimentos clínicos com cirúrgicos.

A listagem e classificação desses procedimentos foram coletadas na página eletrônica do SIGTAP. Lá, são oito grupos de procedimentos nas diversas áreas da saúde e níveis de complexidade. Desses, os procedimentos de saúde bucal, na atenção básica, encontram-se em três grupos. No grupo 1, estão as ações de promoção e prevenção em saúde: ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel, ação coletiva de bochecho fluorado, ação coletiva de escovação dental supervisionada, ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica, aplicação de carióstático por dente, aplicação de selante por dente, aplicação tópica de flúor individual por sessão, evidenciação de placa bacteriana, selamento provisório de cavidade dentária. No grupo 2, estão os procedimentos com finalidade diagnóstica, no entanto, não compõem o rol da Atenção Básica. No grupo 3, encontram-se os procedimentos clínicos: primeira consulta odontológica programática, pulpotomia dentária, raspagem alisamento e polimento supra-gengivais por sextante, raspagem alisamento subgengivais por sextante, capeamento pulpar, restauração de dente decíduo, restauração de dente permanente anterior, restauração de dente permanente posterior, acesso a polpa dentária e medicação por dente, curativo de demora com ou sem preparo biomecânico, instalação e adaptação de prótese dentária, moldagem dento-gengival para construção de prótese dentária. No grupo 4, encontram-se os procedimentos cirúrgicos: exodontia de dente decíduo, exodontia de dente

permanente, tratamento cirúrgico de hemorragia buco-dental, tratamento de alveolite, ulotomia/ulectomia.

Para o cálculo da Produtividade de cada território, foi dividido o total de procedimentos de Saúde Bucal na Atenção Básica (promoção + prevenção + clínicos + cirúrgicos) pela quantidade de Equipes de Saúde Bucal implantadas no ano de 2011, informados na página do DAB (Departamento de Atenção Básica).

3.4 Análise dos Dados

Os dados de produtividade coletados por territórios de desenvolvimento foram submetidos à análise estatística descritiva. Dentro da análise, era de fundamental importância determinar a média, pois aponta para onde mais se concentram os dados de uma distribuição, a mediana, que separa a metade superior de uma amostra de dados, uma população ou uma distribuição de probabilidade, a partir da metade inferior e o desvio-padrão, que mostra o quanto de variação ou "dispersão" existe em relação a média, ou seja, um baixo desvio-padrão indica que os dados tendem a estar próximos da média, enquanto um desvio padrão alto indica que os dados estão espalhados por uma gama de valores. O intervalo de confiança foi determinado em 95%.

Além dessas, outras informações foram acrescentadas: valores máximos e mínimo de produtividade por território, a amplitude dos dados e a quantidade de municípios, para melhor interpretação da informação.

O perfil assistencial foi determinado através da relação entre procedimentos de prevenção com promoção da saúde pelos procedimentos clínicos e cirúrgicos. Enquanto a informação de cobertura de equipes de saúde bucal, coletada no DATASUS, relaciona quantitativo de profissionais de saúde bucal na atenção básica, até carga horária de 40 horas, cadastrados no SCNES, multiplicado por 3000 e dividido pela população em determinado local e período.

3.5 Aspectos Éticos

Apesar desta pesquisa, tratar de coleta de dados secundários, dados esses de disponibilidade pública, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, para certificar-se que segue os princípios da bioética, beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. Tal informação, por tratar com dados secundários, disponíveis em domínio público,

não necessita de, TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Fiel Depositário.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNINOVAFAPI para apreciação e, após aprovação, com número de CAAE 22618713.1.0000.5210, foi iniciada a coleta de dados pelo pesquisador.

Nesse estudo não houve riscos, por conta da classificação secundária dos dados, de disponibilização pública. Quanto aos benefícios, os dados observados serão publicados e levados ao conhecimento das autoridades de saúde do Estado do Piauí, para que possam bem direcionar as políticas públicas em assistência odontológica ou para, otimamente, direcionar a aplicação de recursos públicos em saúde bucal, nos territórios detectados com maior carência ou falhas na atenção odontológica, por parte das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família.

4 RESULTADOS E ANÁLISE

4.1 PERFIL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO PIAUÍ

Célio da Silva Almendra^I

Fabício Ibiapina Tapety^{II}

Marcoeli Silva de Moura^{III}

Maria Eliete Batista Moura^{IV}

Maria do Carmo de Carvalho e Martins^V

^ICirurgião Dentista. Mestrando do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Coordenador de Saúde Bucal, José de Freitas, Piauí, Brasil. E-mail: celmendra@ibest.com.br

^{II}Doutor em Reabilitação Oral (Niigata University/Japan). Pós-doutor em Implantodontia (Johannes Gutenberg University em Mainz/Alemanha). Professor da Graduação e do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Professor da UESPI. Email: ftapety@uninovafapi.edu.br

^{III}Doutora em Ciências Odontológicas pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Professora do Departamento de Patologia e Clínica Odontológica da UFPI. Email: marcoeli-moura@uol.com.br

^{IV}Pós-Doutora pela Universidade Aberta de Lisboa – Portugal. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora do Departamento de Enfermagem da UFPI. Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário – UNINOVAFAPI. Teresina, Piauí, Brasil. E-

mail: mestradosaudedafamilia@uninovafapi.edu.br

^VNutricionista. Doutora em Ciências Biológicas pela UFPE. Professora da Graduação e do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Faculdade NOVAFAPI.

Teresina-PI. Brasil. Professora da UFPI. E-mail: ccarvalho@novafapi.com.br

RESUMO: O Programa de Saúde Bucal oportuniza acesso à prevenção, promoção e recuperação. Em virtude da expansão das equipes no estado do Piauí, tornou-se necessário determinar o perfil da assistência em Saúde Bucal prestada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família no estado do Piauí. Este estudo teve por objetivos específicos: identificar a cobertura populacional das equipes de saúde bucal, conhecer a produtividade odontológica e verificar o perfil assistencial, em relação aos procedimentos realizados, por território de desenvolvimento sustentável. Foi realizado estudo de abordagem quantitativa descritiva de corte transversal. Aprovado pelo comitê de ética, os dados foram submetidos a análise estatística descritiva. Observou-se grande variação entre dados de produtividade dos 11 territórios do estado. Territórios com maiores produtividades apresentaram maiores desvios-padrão, por conta de municípios com produtividades extremas e discrepantes. Noutros territórios, a proporção de procedimentos de promoção e prevenção estão em quantidade satisfatória apesar da boa cobertura e baixa produtividade. Alguns territórios apresentaram municípios com boa cobertura de saúde bucal, mas atuam de maneira diversa ao preconizado pela estratégia saúde da família, priorizando procedimentos clínicos e cirúrgicos. Dada a grande heterogeneidade nas produtividades apresentadas e, considerando a ausência de registros, é necessário aperfeiçoar a qualidade dos dados e reformulação nas estratégias de ação de saúde bucal.

Palavras-chave: Promoção da saúde; sistemas de informação; saúde bucal;

ABSTRACT: The Oral Health Program provides access to prevention, promotion and recovery. Due to the expansion of the teams in the state of Piauí, it became necessary to determine the profile of oral health care provided by the teams of the Family Health Strategy in the state of Piauí. The specific objectives of this study: to identify the population coverage of oral health teams, to know the dental productivity and to verify the profile of care, regarding the procedures performed, according to territory of sustainable development. A descriptive cross-sectional study was conducted with quantitative approach. Approved by the ethics committee, the data were submitted to descriptive statistical analysis. There was a wide variation of productivity data among the 11 state territories. Areas with higher productivity showed higher standard deviations, because of cities with extreme and outliers productivities. In other territories, the proportion of promotion and prevention procedures is in satisfactory amount despite good coverage and low productivity. Some territories have showed cities with good oral health coverage, but act differently with the recommended by the family health strategy, prioritizing clinical and surgical procedures. Given the large heterogeneity in the presented productivities, and also considering the absence of records, it is necessary to improve the quality of data and reformulate strategies of oral health action.

Keywords: Health promotion; information systems; oral health;

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde lançou o Programa de Saúde da Família em 1994, como Política Nacional de Atenção Básica, de caráter organizativo e substitutivo da realidade assistencial, focado no médico especialista. Percebido a expansão do Programa Saúde da Família, o Ministério da Saúde, em 2006, através da portaria nº 648, transforma o programa em

Estratégia Saúde da Família, com o intuito de organizar a Atenção Básica, e hoje, de acordo com a portaria nº 2.488/2011, consolidar e expandir¹.

O Programa de Saúde Bucal surge ao final do ano 2000, através da portaria nº1444, com o intuito de ampliar o acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, melhorar os índices epidemiológicos da saúde bucal da população e a necessidade de incentivar a reorganização da saúde bucal na atenção básica, por meio da implantação de suas ações no Programa de Saúde da Família. Inicialmente era uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) para cada duas Equipes de Saúde da Família (ESF), dois anos depois, a proporção foi alterada para uma ESB para cada ESF².

No Piauí, as primeiras Equipes de Saúde Bucal foram implantadas em Abril de 2001, num total de dezesseis, em doze municípios. De lá até o final de 2011, já somavam 982 ESB, em 220 municípios. Quanto a ESF, as primeiras 21 foram implantadas apenas na capital, em 1998, e até o final de 2011, já eram 1.108 ESF em duzentos e vinte municípios. Esse avanço na implantação de novas Equipes de Saúde significou também uma tentativa de reorientação da assistência à saúde, à medida que os procedimentos de promoção e prevenção foram substituindo procedimentos curativos³.

Foi implantado o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) visando ao registro dos atendimentos no âmbito ambulatorial, através do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA). O SIA vem sendo aprimorado para ser um sistema que gere informações referentes ao atendimento ambulatorial e que possa subsidiar gestores no monitoramento dos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos serviços de saúde⁴. As informações processadas no SIA são encaminhadas, pelas secretarias estaduais e municipais de saúde ao DATASUS, para alimentar o Banco de Dados Nacional, cabendo a esse, efetuar a validação desses bancos de dados e realizar a disseminação das informações.

Os sistemas nacionais que registram os procedimentos realizados pelas Equipes de Saúde Bucal são o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). A consulta ao SIA/SUS permite um acompanhamento da produção ambulatorial odontológica, assim como a busca de dados para efetuar o cálculo dos indicadores quantitativos odontológicos que auxiliam na avaliação da organização da saúde bucal nos municípios. Consultando o SIAB, encontramos o quantitativo de procedimentos coletivos, visitas domiciliares e atividades educativas realizadas pela equipe de saúde bucal. A tabela de procedimentos do SIA/SUS é constituída por procedimentos de atenção básica, de média e de alta complexidade. Por sua vez, os procedimentos são distribuídos por grupos, subgrupo e nível de organização⁵.

A prestação pública de serviços em saúde bucal avançou de um panorama de oferta limitada de procedimentos de baixa complexidade com reduzida realização de procedimentos especializados, em direção à ampliação do acesso na atenção básica e na média complexidade⁶. Essa ampliação se dá por conta do avanço na implantação de equipes de saúde bucal por todo o país e, concomitante, à implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas que, somados à atenção básica, tornam-se instâncias de imensa resolutividade na saúde bucal, se interagir quanto à referência e contra referências.

Este estudo teve como objeto de trabalho o perfil da assistência de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. O objetivo geral é determinar o perfil da assistência de Saúde Bucal, na Estratégia Saúde da Família no Piauí. E especificamente, identificar a cobertura populacional de equipes de saúde bucal, conhecer a produtividade odontológica e verificar o perfil assistencial da odontologia por território de desenvolvimento sustentável do estado do Piauí.

Considerando as novecentas e oitenta e duas equipes de saúde bucal, implantadas em todo Estado do Piauí, ao final de 2011 e a existência de municípios com centenas dessas equipes, em contraponto a vários municípios com algumas poucas equipes de saúde bucal, existe a

necessidade de identificar o grau de produtividade das equipes de saúde bucal municipais, comparando grandes e pequenos municípios, da região Norte ou Sul do estado e os mais próximos da capital ou longínquo. O ano analisado foi o de 2011, considerado mais recente, com disponibilidade dos dados e não tenha sido influenciado por movimentos político-eleitorais.

REFERENCIAL TEÓRICO

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo bem próximo das pessoas, seja da moradia, do trabalho ou dia-a-dia das pessoas. Além de contato preferencial dos usuários, deve haver um reordenamento para tornar-se a principal porta de entrada no sistema e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da territorialidade, do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social³.

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, coloca-se a ESF como estratégia do SUS, e por isso, a saúde bucal deve estar em consonância com seus princípios e diretrizes. O território, a população adscrita, o trabalho em equipe e a intersetorialidade constituem eixos fundamentais de sua concepção, objetivando ampliar o acesso aos serviços e criar vínculos com a população⁷.

Algumas iniciativas extraclínicas de promoção e prevenção em saúde, mostram-se como pressupostos da estratégia de Saúde da Família. Assim, há a necessidade do respeito as peculiaridades individuais, sociais, locais e regionais. Dentro das ações de saúde bucal, isso significa inovação, novas maneiras e acima de tudo, desafios, por conta da forma tradicional de atuação odontológica.

As experiências de incorporação da saúde bucal na ESF, não apenas transpuseram o espaço de trabalho do Cirurgião-Dentista (CD) para além do consultório, mas promoveram evolução das práticas odontológicas, estabelecendo horizontes quanto à importância do estabelecimento de uma saúde bucal coletiva, universal, integral e equânime⁸.

Segundo o Caderno 17 da Atenção Básica, planejar significa criar a possibilidade de se compreender a realidade, os principais problemas e necessidades da população e até estabelecer estratégias de ação. Para planejar as atividades de saúde bucal na atenção básica é necessário utilizar-se da epidemiologia para conhecer e monitorar as principais doenças bucais, riscos, tendências e até prevalências, avaliar o impacto das medidas adotadas, estimar necessidades de recursos para os programas, indicar novos caminhos e estabelecer metas nas instâncias de pactuação⁹.

Os sistemas locais de saúde deveriam, então, criar protocolos, parâmetros ou até outras estratégias que orientassem e acompanhassem o funcionamento das equipes implantadas. Dentro dessa complexidade, adequar-se a realidade local e capacitando as equipes para uso correto dos sistemas de informação, são estratégias que colaboram no monitoramento e avaliação das equipes de saúde.

No Manual Técnico Operacional SIA/SUS, a informação é insumo de grande importância, quando se faz adequada para fortalecer o processo de tomada de decisões. Um Sistema de Informação de Serviços de Saúde é considerado como instrumento necessário ao processamento de dados e transformação em informações necessárias aos vários setores de

planejamento e gestão dos sistemas de saúde. Os sistemas de informação foram passando por uma série de transformações, remodelagens, de maneira a adequar-se às necessidades dos sistemas de saúde quanto ao monitoramento, planejamento, programação, regulação, avaliação, controle dos serviços e elaboração dos pactos de saúde⁴.

A utilização de sistemas de informações em saúde permitiu subsidiar discussões e reflexões que auxiliam diretamente os gestores públicos nas questões de planejamento. O correto preenchimento das planilhas de produção das equipes de saúde reflete em dados fidedignos, que permitem a transformação da informação em instrumentos úteis ao direcionamento do trabalho das equipes de saúde. O uso de informações sociodemográficas e até econômicas, no estudo das vulnerabilidades e riscos a que estão expostas às populações, contribui para melhor entendimento sobre a dimensão que as condições de vida podem inferir na condução das políticas de saúde¹⁰.

Embora a avaliação em saúde ainda seja pouco utilizada nos serviços de saúde pública, inclusive saúde bucal, a utilização de outras estratégias tipo, exploração de sistemas de informação e utilização de documentos de gestão podem contribuir no aperfeiçoamento das atividades avaliativas. A pesquisa de dados em várias fontes, ao longo de grande espaço de tempo pode favorecer a compreensão de informações relacionadas a realidade local do sistema¹¹.

A inclusão dos dentistas no PSF tem propiciado uma melhora do acesso da comunidade aos serviços de saúde bucal, suprimindo uma carência tradicional a esse tipo de serviço, no entanto, uma melhor participação gestora nesse processo seria fundamental à realização de atividades condizentes ao preconizado na Estratégia Saúde da Família, via motivação à mudança de práticas tradicionais, investimento em educação permanente, monitoramento e avaliação dos serviços¹².

Atualmente, a saúde bucal coletiva assume uma postura de assistência à saúde, de forma integral e não só centrada na doença, mas precisa ser incorporada por cada um dos profissionais para pôr essa proposta em prática e mesmo trabalhando em zona de território definido, estabelecer uma política de atenção equânime¹³.

A ampliação do programa de saúde bucal, dentro da expectativa do PSF ampliou-se, por conta da certeza do estabelecimento de financiamento a tal iniciativa. Isso estimulou gestores e técnicos a apoiarem tal proposta e dentro das possibilidades estruturais e necessidades locais, propiciar a grande expansão das equipes.

O financiamento em saúde bucal, proporcionado pelo Governo Federal aos municípios, tem refletido em indução da implantação de novas equipes de saúde bucal em muitos municípios das mais diversas regiões do país, muitas vezes de forma incoerente. Apesar desse caráter indutor, se não fosse por esse financiamento, essa ampliação das equipes não ocorreria e a oportunidade de mudança no perfil assistencial da saúde bucal não seria alcançável¹⁴.

Dentro dos programas de saúde bucal coletiva, faz-se necessária, periodicamente, a divulgação, inserção, acompanhamento, monitoramento e avaliação dos serviços prestados no âmbito do SUS. No planejamento em Saúde Bucal, buscam-se nos dados e informações disponíveis, elementos que representem a assistência odontológica dispensada e perfil de atendimento realizado. Para essa análise, pode-se fazer uso dos bancos de dados oficiais e pesquisar a produtividade de cada equipe de saúde bucal.

A avaliação do modelo de atenção em saúde vigente é de fundamental importância como primeiro passo no sentido da programação e planejamento em saúde bucal, permitindo estabelecer prioridades de ação e alocação de recursos de forma direcionada à melhoria das condições de saúde da população¹⁵. Assim, a discussão e planejamento do sistema e avaliação da informação por parte dos gestores, técnicos e profissionais, tipificam-se como prática indispensável do dia-a-dia na programação dos serviços.

O aperfeiçoamento operacional e administrativo dos modelos de gestão dos sistemas locais de saúde, somado a imensa heterogeneidade epidemiológica do país e a enorme necessidade de otimização dos recursos em saúde, são as principais causas da necessidade constante de reavaliações, adequações e reprogramações das políticas, programas e serviços de saúde no Brasil¹⁶.

Além disso, uma maior oferta e disponibilidade de serviços de saúde podem não necessariamente significar maior utilização. As principais razões para essa diferença entre oferta e utilização podem estar associadas a disponibilidade e estímulo da força de trabalho, sua localização e distribuição geográfica, possíveis mudanças no perfil epidemiológico e o acesso estrutural e geográfico a serviços odontológicos¹⁷.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo de corte transversal. A escolha dessa abordagem, advém da tentativa de prover resposta a determinado problema, levando em conta a realidade do pesquisador, as fontes de dados, recursos disponíveis e a aplicabilidade dessa informação no campo da realidade prática¹⁸.

Os dados referem-se às informações de saúde bucal dos duzentos e vinte e quatro municípios do estado do Piauí. Considerando que todos esses municípios contêm equipes de saúde bucal, implantadas no respectivo ano e que as referidas equipes realizam e registram os procedimentos, é certo que essas informações estão disponíveis nos Sistemas de Informação em Saúde. Esses dados foram consolidados por território, segundo a divisão do estado do Piauí em onze territórios de desenvolvimento regionais (Planície Litorânea, Cacaiais, Carnaubais, Entre Rios, Vale do Sombrio, Vale do Rio Guaribas, Vale do Canindé, Serra da

Capivara, Vale dos Rios Piauí e Itaueiras, Tabuleiros do Alto Parnaíba, Chapada das Mangabeiras), conforme Lei Complementar nº 87, de 22 de Agosto de 2007¹⁹.

Os dados foram coletados do Sistema de Informações em Saúde, sítio do DATASUS e na página do Departamento de Atenção Básica – DAB, Histórico de Cobertura da Saúde da Família. Os dados coletados no SIA/SUS foram referentes a procedimentos, exclusivamente odontológicos, da Atenção Básica, informados pelos municípios piauienses, no ano de 2011, na categoria quantidade apresentada.

Para organização dos dados, foi utilizado um formulário estruturado, no qual constam, os onze territórios de desenvolvimento. Para cada território consta o contingente populacional, oriundo da estimativa do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) para o ano de 2011. Consta ainda a proporção de cobertura das Equipes de Saúde Bucal, em porcentagem, informados no site DATASUS, referentes a 2011.

A listagem e classificação desses procedimentos foram coletadas na página eletrônica do SIGTAP, os quais estão divididos em oito grupos de procedimentos, nas diversas áreas de saúde e diferentes níveis de complexidade. Em apenas três grupos de procedimentos constam os procedimentos de saúde bucal, na atenção básica. No grupo 1, estão as ações de promoção e prevenção em saúde: ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel, ação coletiva de bochecho fluorado, ação coletiva de escovação dental supervisionada, ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica, aplicação de cariostático - por dente, aplicação de selante - por dente, aplicação tópica de flúor - individual por sessão, evidenciação de placa bacteriana, selamento provisório de cavidade dentária. No grupo 2, estão os procedimentos com finalidade diagnóstica, no entanto, nesses, não há procedimentos da atenção básica. No grupo 3, estão os procedimentos clínicos: primeira consulta odontológica programática, pulpotomia dentária, raspagem alisamento e polimento supragengivais - por sextante, raspagem alisamento subgengivais - por sextante, capeamento pulpar, restauração de dente

decíduo, restauração de dente permanente anterior, restauração de dente permanente posterior, acesso a polpa dentária e medicação - por dente, curativo de demora com ou sem preparo biomecânico, instalação e adaptação de prótese dentária, moldagem dento-gengival para construção de prótese dentária. No grupo 4, estão os procedimentos cirúrgicos: exodontia de dente decíduo, exodontia de dente permanente, tratamento cirúrgico de hemorragia buco-dental, tratamento de alveolite, ulotomia/ulectomia.

Para o cálculo da Produtividade de cada território, foi dividido o total de procedimentos de Saúde Bucal na Atenção Básica (promoção + prevenção + clínicos + cirúrgicos), constantes no site DATASUS, no ano de 2011, pela quantidade de Equipes de Saúde Bucal implantadas no mesmo ano, informados na página do DAB (Departamento de Atenção Básica).

Os dados de produtividade coletados por territórios de desenvolvimento foram submetidos à análise estatística descritiva. O intervalo de confiança foi determinado em 95%.

A informação de cobertura de equipes de saúde bucal, coletada no DATASUS, relaciona quantitativo de profissionais de saúde bucal na atenção básica, com carga horária de 40 horas, cadastrados no SCNES, multiplicado por 3000 e dividido pela população em determinado local e período.

No cálculo de cobertura de equipes de atenção básica, multiplica-se o somatório de equipes de saúde na Estratégia Saúde da Família com o número de equipes de saúde da família equivalentes, por 3000, considerando esta, a população coberta por cada equipe. Após, divide-se o total pela população local correspondente e multiplica-se por 100. Considerando essas equipes de saúde da família equivalentes, correspondem ao total da carga horária de profissionais médicos clínicos, médicos pediatras e médicos ginecologistas e obstetras, divididos por 60, ou seja, a cada carga horária de 60 horas, equivale a uma equipe de saúde da família.

O perfil assistencial foi determinado através da relação entre procedimentos de prevenção com promoção da saúde pelos procedimentos clínicos e cirúrgicos.

Apesar de a pesquisa tratar de coleta de dados secundários, dados esses de disponibilidade pública, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, para certificar-se que segue os princípios da bioética, beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. Por tratar com dados secundários, disponíveis em domínio público, não necessita de TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Fiel Depositário.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNINOVAFAPI para apreciação e, após aprovação, com número de CAAE 22618713.1.0000.5210, foi iniciada a coleta de dados pelo pesquisador.

Nesse estudo não houve riscos, por conta da classificação secundária dos dados, de disponibilização pública. Quanto aos benefícios, os dados avaliados serão publicados e levados ao conhecimento das autoridades de saúde do Estado do Piauí, para que possam bem direcionar as políticas públicas em assistência odontológica ou para, otimamente, direcionar a aplicação de recursos públicos em saúde bucal, nos territórios detectados com maior carência ou falhas na atenção odontológica, por parte das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão dispostos nas tabelas de 1 a 4, nos quais, os territórios foram ordenados por localização geográfica no estado, de Norte a Sul.

Tabela 1 - Produtividade Odontológica anual por Equipe Implantada nos Territórios de Desenvolvimento Regional do Piauí, 2011

Territórios	PRODUTIVIDADE						Nº DE MUNICÍPIOS	População
	MÉDIA	MEDIANA	DESVIO PADRÃO	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO	AMPLITUDE		
Planície Litorânea	3.678	2.501	3.210	731	12.348	11.616	11	268.005
Cocais	5.405	3.103	6.621	178	31.563	31.384	22	376.165
Carnaubais	3.575	2.731	3.155	445	13.437	12.992	16	168.709
Entre Rios	3.616	2.878	3.278	0	15.722	15.722	31	1.176.893
Vale do Sambito	2.800	2.359	1.729	0	5.890	5.890	14	104.089
Vale do Rio Guaribas	5.558	2.167	16.198	330	106.508	106.177	42	362.106
Vale do Canindé	2.111	1.855	1.411	347	5.662	5.315	14	105.019
Serra da Capivara	24.132	804	88.827	0	378.352	378.352	18	141.885
Vale dos Rios Piauí e Itaueira	2.351	1.337	4.088	0	22.305	22.305	28	203.319
Tabuleiros Alto Parnaíba	1.275	1.273	844	292	2.459	2.167	5	45.241
Chapada das Mangabeiras	1.702	1.613	1.116	0	3.598	3.598	23	188.897

Fonte: SIA/DATASUS e Departamento de Atenção Básica

Foi de fundamental importância determinar a média, pois aponta para onde mais se concentram os dados de uma distribuição, a mediana, que separa a metade superior de uma amostra de dados, uma população ou uma distribuição de probabilidade, a partir da metade inferior e o desvio-padrão, que mostra o quanto de variação ou "dispersão" existe em relação a média, ou seja, um baixo desvio-padrão indica que os dados tendem a estar próximos da média, enquanto um desvio-padrão alto indica que os dados estão espalhados por uma gama de valores.

A média foi obtida dividindo-se a soma das observações pelo número delas. Os resultados da tabela 1 demonstram alguns territórios com média de produtividade bastante elevada: Serra da Capivara - 24.132, seguido por Vale do Rio Guaribas – 5.558 e Cocais – 5.405 e territórios com média bastante reduzida: Tabuleiros Alto Parnaíba – 1.275 e Chapada das Mangabeiras – 1.702, os dois territórios mais ao sul do estado.

A mediana é o valor que divide uma série ordenada de modo que pelo menos a metade das observações sejam iguais ou maiores do que ela, e que haja pelo menos outra metade de observações menores do que ela. Comparando-se pela mediana, verifica-se que o território de maior média de produtividade, apresenta uma mediana muito baixa (804), e bem distante da média. No território de menor média de produtividade, a mediana também é baixa, mas bem próxima da média (1.273).

Embora a Média seja um valor de mais fácil compreensão, pode induzir ao erro, caso a amostra contenha valores muito extremos. Quando o valor da mediana é muito diferente da média, é aconselhável considerar sempre a mediana como valor de referência mais importante, pois a média aritmética pode ser distorcida por valores discrepantes.

A mediana é menos sensível a valores muito maiores ou muito menores do que os restantes. Quando a distribuição dos dados está tendendo a valores muito menores, a média tende a ser inferior à mediana. O oposto acontece quando a distribuição está tendendo a valores maiores, pois nesse caso a média tende a ser maior que a mediana. Na tabela 1, verifica-se que todos os valores, dentro de cada território, apresentam-se muito altos, visto que todas as médias são maiores que as medianas²⁰.

O desvio-padrão é uma medida que, quanto maior for, mais indicará a variabilidade nos dados e maior será a dispersão deles. Portanto, municípios com as maiores dispersões de dados de produtividade, estão nos territórios da Serra da Capivara (88.827), Vale do Rio Guaribas (16.198), Cocais (6.621) e Vale dos Rios Piauí e Itaueira (4.088). Os municípios com as

menores dispersões de dados de produtividade estão nos territórios: Tabuleiros do Alto Parnaíba (844), Chapada das Mangabeiras (1.116), Vale do Canindé (1.411) e Vale do Sambito (1.729).

Além dessas informações, foram acrescentadas informações dos valores máximos e mínimo de produtividade por território, a amplitude dos dados e a quantidade destes para melhor interpretação da informação.

Comparando-se as médias, em série ordenada, com os desvios-padrão, observa-se, nesses, um mesmo ordenamento, com exceção do território Entre Rios e território Vale dos Rios Piauí e Itaueira. À medida que aumenta a média de produtividade, aumenta o desvio-padrão. Analogamente, o desvio-padrão em série ordenada, apresenta correspondência proporcional com a amplitude de dados de produtividade, quase em todos os territórios, exceção apenas para Planície Litorânea e Carnaubais. Isso demonstra que a média está sendo influenciada por dados municipais de produtividade muito extremos e discrepantes. Comparando-se as medidas de tendência central ou de dispersão, verifica-se que nenhuma guarda relação com o número de municípios integrantes de cada território.

Em alguns territórios, Entre Rios, Vale do Sambito, Serra da Capivara e Vale dos Rios Piauí e Itaueira, observa-se que alguns dos municípios integrantes apresentaram produtividade zero por conta da ausência de registro de procedimentos, no ano pesquisado.

Tabela 2 - Cobertura Populacional de Equipes de Atenção Básica e Cobertura de Saúde Bucal por Territórios de Desenvolvimento Regional do Piauí

TERRITÓRIOS	Cobertura Populacional de Equipes ATENÇÃO BÁSICA	Cobertura Populacional de Equipes de SAÚDE BUCAL
Planície Litorânea	79,36	60,73
Cocais	91,08	88,57
Carnaubais	99,71	94,34
Entre Rios	90,76	80,95
Vale do Sambito	99,85	99,85
Vale do Rio Guaribas	99,06	96,93
Vale do Canindé	94,50	98,98
Serra da Capivara	90,86	96,76
Vale dos Rios Piauí e Itaueira	100,00	98,92
Tabuleiros Alto Parnaíba	94,63	93,21
Chapada das Mangabeiras	99,82	90,09

Fonte: SIA/DATASUS e Departamento de Atenção Básica

Observando dados de cobertura populacional de equipes de saúde bucal, verifica-se que nenhum território tem cobertura de cem por cento.

No cálculo de cobertura de equipes de atenção básica, multiplica-se o somatório de equipes de saúde na Estratégia Saúde da Família, com o número de equipes de saúde da família equivalentes, por 3000. Após, divide-se o total pela população local correspondente e multiplica-se por 100. Assim, mesmo que a quantidade de equipes de saúde bucal implantadas

seja equivalente a quantidade de equipes de saúde da família implantadas, a cobertura de equipes de atenção básica pode ser maior.

Explica-se o porquê de alguns territórios (Vale do Canindé e Serra da Capivara) apresentarem cobertura de equipes de saúde bucal maior que cobertura de equipes de atenção básica. Além das equipes de saúde bucal implantadas, deve haver outros profissionais cadastrados na função ambulatorial, como clínico geral ou até nas emergências. No caso do território do Vale do Sambito, o fato das coberturas serem iguais não significa que a quantidade de equipes implantadas seja também igual.

Uma maior oferta e disponibilidade de serviços de saúde podem não necessariamente significar maior utilização. Assim, em alguns casos verifica-se um grande distanciamento entre oferta e acesso aos serviços¹⁷. Além disso, há de se analisar o perfil desses serviços oferecidos, se resultarão em perfis reparadores e curativos ou de promoção e prevenção da saúde.

Tabela 3 – Relação entre total de procedimentos de prevenção e promoção com procedimentos clínicos e cirúrgicos por Territórios de Desenvolvimento Regional do Piauí, 2011

TERRITÓRIOS	Procedimentos Prevenção+Promoção	Procedimentos Clínicos+Cirúrgicos	Relação entre procedimentos <u>prevenção+promoção</u> clínicos +cirúrgicos
Planície Litorânea	108.358	227.432	0,48
Cocais	353.236	420.679	0,84
Carnaubais	134.324	227.412	0,59
Entre Rios	532.130	779.070	0,68
Vale do Sambito	61.775	74.008	0,83
Vale do Rio Guaribas	190.775	502.933	0,38
Vale do Canindé	29.635	167.708	0,18
Serra da Capivara	30.954	590.375	0,05
Vale dos Rios Piauí e Itaueira	70.317	127.031	0,55
Tabuleiros Alto Parnaíba	3.666	12.249	0,3
Chapada das Mangabeiras	46.995	79.710	0,59

Fonte: SIA/DATASUS e Departamento de Atenção Básica/DAB

Na tabela, que relaciona quantitativo de procedimentos de prevenção e promoção com procedimentos clínicos e cirúrgicos, verifica-se muita variação nos resultados apresentados, de 0,05 (Serra da Capivara) a 0,84 (Cocais).

A assistência em saúde bucal no Brasil foi implementada pela cópia do modelo privado, centrado no modelo curativo-reparador. Uma alternativa seria a implantação de modelo baseado na prevenção e promoção da saúde, para o controle das patologias bucais em médio prazo, redução das necessidades clínicas e diminuição da demanda por serviços¹⁵.

Segundo Souza, muitos municípios brasileiros não conduzem a política de saúde bucal, como preconizado pelo Ministério da Saúde, no programa Brasil Sorridente. A maioria dos municípios tem na sua política de saúde bucal, ações tradicionais, de procedimentos centrados no curativo, no reabilitador e nas urgências²¹.

Tabela 4 - Dados de Saúde Bucal por Territórios de Desenvolvimento Regional do Piauí

TERRITÓRIOS	PRODUTIVIDADE	Cobertura ESB	Relação entre <u>prevenção+promoção</u> clínicos +cirúrgicos
Planície Litorânea	3.679	60,73	0,48
Cocais	5.406	88,57	0,84
Carnaubais	3.576	94,34	0,59
Entre Rios	3.616	80,95	0,68
Vale do Sambito	2.800	99,85	0,83
Vale do Rio Guaribas	5.559	96,93	0,38
Vale do Canindé	2.111	98,98	0,18
Serra da Capivara	24.132	96,76	0,05
Vale dos Rios Piauí e Itaueira	2.352	98,92	0,55
Tabuleiros Alto Parnaíba	1.275	93,21	0,30
Chapada das Mangabeiras	1.703	90,09	0,59

Fonte: SIA/DATASUS e Departamento de Atenção Básica

Comparando-se os dados de produtividade, cobertura de equipes de saúde bucal e relação entre procedimentos, verifica-se incoerência na combinação dos três resultados, visto que, bons resultados em uma ou até duas das variáveis não é acompanhado pelas outras variáveis.

Observa-se que os baixos quantitativos de produtividade não correspondem aos territórios com baixa cobertura de equipes de saúde bucal. Nos territórios com melhor cobertura de equipes de saúde bucal (Vale do Sambito/99,85%, Vale do Canindé/98,98%, Vale dos Rios Piauí e Itaueira, 98,92%) a produtividade é baixa.

Quando se compara cobertura de equipes de saúde bucal com relação de procedimentos, verifica-se que o território com melhor cobertura tem baixa produtividade, no entanto, boa relação entre procedimentos, significando que apesar de poucos, melhor ênfase é dada aos procedimentos de promoção e prevenção.

Em Pernambuco, dados confirmam que a expansão na cobertura das equipes de saúde bucal não foi proporcional à ampliação do quantitativo de procedimentos, demonstrando que serviços tradicionais de atenção odontológica possam ter sido apenas transformados em equipes de saúde bucal²².

Neste estudo, o território com melhor produtividade (Serra da Capivara) com boa cobertura de equipes, mas que hegemonicamente realizam procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos, demonstrado pela menor relação entre os grupos de procedimentos. Portanto, quando

se espera que determinada localidade apresente boa produtividade, seja também dotado de uma boa cobertura de saúde bucal e consequentemente possuidora de vasta gama de procedimentos preconizados na ESF, dentre eles a prevenção e a promoção de saúde.

O Ministério da Saúde, objetivando aprimorar a informação, de forma individualizada e não mais consolidada, reestruturou os sistemas de informação em saúde através do e-SUS AB, permitindo o acompanhamento de cada usuário atendido e as ações desenvolvidas pelos profissionais. Além disso, o e-SUS integra os diversos sistemas de informações existentes na

Atenção Básica, reduzindo a necessidade de registrar as mesmas informações em mais de um instrumento (fichas/sistemas), aproxima a informação produzida ao processo de trabalho dos profissionais da AB, qualificando o cuidado em Saúde e a cultura do uso da informação²³.

A iniciativa quanto à ampliação da cobertura em saúde bucal deve partir da gestão, com resolutividade e qualidade das ações, sobretudo nas áreas mais necessitadas. Quanto à qualidade das ações, refere-se, principalmente, aos pilares da saúde bucal, vigilância, promoção de saúde e prevenção de doenças¹³.

Os serviços de saúde não são os principais determinantes no processo saúde-doença, porém, a existência de serviços e a garantia de acesso da população a eles podem determinar algum impacto na saúde da população. Isso é válido na saúde geral e também exerce influência na saúde bucal¹⁶.

É importante a conjugação da avaliação de dados secundários de produção do sistema de informação em saúde bucal com indicadores relacionados à vulnerabilidade social da população adscrita, estendendo para o campo da gestão, como potente ferramenta para produção de conhecimento e reflexão sobre os determinantes sociais, econômicos e ambientais em relação à saúde bucal¹⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou que existem municípios cuja alimentação dos Sistemas de Informação está ocorrendo de forma irregular, ao ponto de não apresentar registro de procedimentos realizados. Isso fica evidente quando analisado a amplitude de produtividades dentro dos territórios, que muito influenciaram nas médias. Deste modo, a qualidade das informações em saúde, via sistemas de informação, ficam prejudicadas, com subnotificação ou supernotificação em alguns casos. Em muitas situações, embora a discrepância dos dados

tenha sido elevada, não poderiam ser contestados a princípio, por se tratarem de dados informados pelos próprios municípios, aqui, consolidados por territórios, por isso, não passíveis de contestação de terceiros, a não ser depois de aprofundados e concisos estudos e pesquisas.

A apresentação de boa cobertura em Saúde bucal e elevada produtividade, nem sempre evidenciaram equilíbrio nos grupos de procedimentos realizados. Alguns territórios apresentaram elevados quantitativos de procedimentos clínicos e cirúrgicos em detrimento daqueles de prevenção ou promoção da saúde.

Muitas equipes de saúde bucal foram implantadas sem nenhum planejamento ou programação, sempre na pressa e necessidade de equiparar ao número de equipes de saúde da família e mesmo de atender a imensa demanda, sem nenhuma normatização programática. Vê-se a necessidade de estabelecimento de protocolo técnico para informação e uniformização no registro de dados de produção, com o intuito de diminuir as disparidades na informação e, conseqüentemente, melhorar a qualidade dos dados, para assim, obter correta interpretação das ações desenvolvidas, para posterior rediscussão, avaliação e reprogramação, quando necessários.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Portaria nº 2488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Pág. 48. Seção 1. Diário Oficial da União (DOU) de 24 de Outubro de 2011

2. BRASIL. Portaria nº 1444, de 28 de Dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Pág. 85. Seção 1. Diário Oficial da União (DOU) de 29 de Dezembro de 2000.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação Manual Técnico Operacional SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

5. BARROS, Sandra Garrido. CHAVES Sônia Cristina Lima. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. Epidemiologia e Serviços de Saúde, vol. 12, nº 1, p.41-51, Março, 2003.

6. KORNIS, George Edward Machado. MAIA, Leila Senna. FORTUNA, Renata Ferraiolo Peixoto. **Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais.** Revista de Saúde Coletiva, vol.21 nº. 1. Rio de Janeiro, 2011.

7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

8. CORREIA JÚNIOR, Wilson Luiz de Menezes. Estudo sobre procedimentos exodônticos na rede assistencial pública do Estado de Pernambuco, no período de 2000 a 2008/ Monografia - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, N. 17. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
10. VITOR, Eduardo de Sant’Anna, Avaliação da assistência em saúde bucal na atenção básica no município de Campinas, por meio do sistema de informações em saúde - Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Campinas, 2011.
11. LESSA, Caroline Ferreira Martins. VETTORE, Mario Vianna. Gestão da atenção básica em saúde bucal no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. *Saude soc.* [online]. 2010, vol.19, n.3, pp. 547-556.
12. ROCHA, Evelin Cristina Araújo da; ARAUJO, Maria Arlete Duarte de. **Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN.** Rev. Adm. Pública [online]. 2009, vol.43, n.2, pp. 481-517.
13. VIANA, Italene Barros. MARTELLI, Petrônio José de Lima. PIMENTEL, Fernando Castim. Análise do acesso aos serviços odontológicos através do indicador de primeira consulta odontológica programática em Pernambuco: estudo comparativo entre os anos 2001 e 2009. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde.* 25(2): 151-160, abr./jun., 2012. Fortaleza, 2012.

14. MATTOS, Grazielle Christine Maciel; FERREIRA, Efigênia Ferreira e; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves; GRECO, Rosângela Maria. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2014, vol.19, n.2, pp. 373-382
15. JACCOTTET, Cleusa Marfiza Guimarães et al . Avaliação das necessidades de tratamento odontológico e da capacidade produtiva da rede de atenção básica em saúde bucal no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2009. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 21, n. 2, jun. 2012.
16. GOES, Paulo Sávio Angeiras de. FIGUEIREDO, Nilcema. NEVES, Jerlucia Cavalcanti das. SILVEIRA, Fabiana Moura da Motta. COSTA, José Felipe Riani. PUCCA JR., Gilberto Alfredo, ROSALES, Maritza Sosa. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. Vol. 28 2012.
17. CHAVES, Sônia Cristina Lima et. al. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, Jan. 2011.
18. ARAGÃO, Júlio. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. *Revista PRÁXIS*, ano III, nº 6 - agosto 2011.

19. PIAUÍ. Lei Complementar nº 87, de 22 de Agosto de 2007. Estabelece o Planejamento Participativo Territorial para o Desenvolvimento Sustentável do Estado do Piauí e dá outras providências. Publicado no DOE Nº 159 de 22/08/2007
20. BEIGUELMAN, B. Curso Prático de Bioestatística - 4a ed. rev. Sociedade Brasileira de Genética, Ribeirão Preto, 1996.
21. SOUZA, Daniel Boarini de. A Inserção da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família/ESF. Revista UNINGÁ Review. Vol.15, n.1, pp.23-28 (Jul - Set 2013). 2013
22. SILVA, Shirley Florêncio da et al; Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005 Ciência e Saúde Coletiva (online), vol. 16, núm. 1, 2011, pp. 211-220 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. e-SUS Atenção Básica : Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2013.

4.2 MANUAL COM PROCEDIMENTOS DE SAÚDE BUCAL CONSTANTES NAS FICHAS e-SUS

PROCEDIMENTOS DE SAÚDE BUCAL NAS FICHAS e SUS

O Departamento de Atenção Básica (DAB) /Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)/Ministério da Saúde (MS) assumiu o compromisso de reestruturação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), objetivando a melhora na qualidade da informação em Saúde e o seu uso pelos gestores, profissionais de Saúde e cidadãos.

O ponto de partida dessa reestruturação foi aprimorar o detalhamento da informação, que anteriormente era consolidada, para a perspectiva de uso de dados individualizados, permitindo o acompanhamento de cada usuário atendido, assim como as ações desenvolvidas por cada profissional da equipe. Além disso, integra os diversos sistemas de informação existentes na Atenção Básica (AB), reduzindo a necessidade de registrar as mesmas informações em mais de um instrumento (fichas/sistemas), aproxima a informação produzida ao processo de trabalho dos profissionais da AB, qualificando o cuidado em Saúde e a cultura do uso da informação.

O novo Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) moderniza a plataforma tecnológica, utilizando o *software* eSUS AB.

Todos os esforços de reestruturação do sistema só serão completos e efetivos com o envolvimento dos gestores, dos profissionais de Saúde e dos trabalhadores do SUS na implantação, utilização e aprimoramento contínuo do SISAB.

Das sete fichas, existem quatro de atendimento de nível superior e dentre essas, a Ficha de Atendimento Odontológico Individual e a Ficha de Atividade Coletiva contém procedimentos a serem realizados pelos profissionais de Saúde Bucal.

Para o correto entendimento, marcação, registro e consequentemente repasse da informação, listamos a descrição dos procedimentos de Saúde Bucal, para identificação nos respectivos campos da ficha.

FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA

- AÇÃO COLETIVA DE APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR GEL

APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR EM GEL COM CONCENTRAÇÃO DE 1,23 REALIZADA SISTEMATICAMENTE POR GRUPOS POPULACIONAIS SOB ORIENTAÇÃO E SUPERVISÃO DE UM OU MAIS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, UTILIZANDO-SE ESCOVA DENTAL, MOLDEIRA, PINCELAMENTO OU OUTRAS FORMAS DE APLICAÇÃO. AÇÃO REGISTRADA POR PESSOA POR MÊS. Realizado por CD, ASB, TSB.

- AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA

ESCOVAÇÃO DENTAL COM OU SEM EVIDENCIAÇÃO DE PLACAS BACTERIANAS REALIZADA COM GRUPOS POPULACIONAIS SOB ORIENTAÇÃO E SUPERVISÃO DE UM OU MAIS PROFISSIONAIS DE SAÚDE. AÇÃO REGISTRADA POR USUÁRIO POR MÊS, INDEPENDENTE DA FREQUÊNCIA COM QUE É REALIZADA (DIÁRIA, SEMANAL, QUINZENAL, MENSAL, OU DUAS, TRÊS OU QUATRO VEZES POR ANO) OU DA FREQUÊNCIA COM QUE O USUÁRIO PARTICIPOU DA AÇÃO. Realizado por CD, ASB, TSB.

FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA - Outros

- AÇÃO COLETIVA DE BOCHECHO FLUORADO

BOCHECHO DE SOLUÇÃO FLUORETADA REALIZADO SISTEMATICAMENTE POR GRUPOS POPULACIONAIS SOB ORIENTAÇÃO E SUPERVISÃO DE UM OU MAIS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, PODENDO TER PERIODICIDADE SEMANAL, CASO A SOLUÇÃO DE FLUORETO DE SÓDIO TENHA A CONCENTRAÇÃO DE 0,2 , OU DIARIAMENTE, CASO A CONCENTRAÇÃO SEJA DE 0,05. AÇÃO REGISTRADA POR USUÁRIO PARTICIPANTE POR MÊS, INDEPENDENTE DA FREQUÊNCIA COM QUE É REALIZADA (DIÁRIA OU SEMANAL) OU DA FREQUÊNCIA COM QUE O USUÁRIO PARTICIPOU DA AÇÃO. Realizado por CD, ASB, TSB

- AÇÃO COLETIVA DE EXAME BUCAL COM FINALIDADE EPIDEMIOLÓGICA

COMPREENDE A AVALIAÇÃO DE ESTRUTURAS DA CAVIDADE BUCAL, COM FINALIDADE DE DIAGNÓSTICO, SEGUNDO CRITÉRIOS EPIDEMIOLÓGICOS, EM ESTUDOS DE PREVALÊNCIA, INCIDÊNCIA E OUTROS, COM O OBJETIVO DE ELABORAR PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E/OU AVALIAR O IMPACTO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS, SUBSIDIANDO O PLANEJAMENTO.

FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL

- ACESSO À POLPA DENTÁRIA E MEDICAÇÃO (POR DENTE)

REMOÇÃO DA POLPA DENTÁRIA DA CÂMARA PULPAR COM EXTIRPAÇÃO DA POLPA RADICULAR E MEDICAÇÃO

- ADAPTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA

CONSISTE EM AJUSTES DA PRÓTESE DENTÁRIA DE FORMA A MELHOR ACOMODAR A PRÓTESE À BOCA DO PACIENTE. ESSES AJUSTES PERMITEM NÃO SÓ COMPATIBILIZAR A PRÓTESE COM O SEU USUÁRIO, MAS TAMBÉM EQUILIBRAR A MORDIDA, A OCLUSÃO E O ENCAIXE DAS PARTES DA PRÓTESE. ESTA ADAPTAÇÃO NÃO FAZ PARTE DA INSTALAÇÃO DA PRÓTESE DENTÁRIA, POIS NA INSTALAÇÃO JÁ É PREVISTO A ADAPTAÇÃO. ESTE PROCEDIMENTO DEVERÁ SER REGISTRADO QUANDO FOR REALIZADA A ADAPTAÇÃO POR MOTIVO DE AJUSTE, PÓS-INSTALAÇÃO.

- APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE)

ATIVIDADE COM FINALIDADE TERAPÊUTICA E CONTROLE DE UM OU MAIS DENTES COM LESÕES DE CÁRIE. Realizado por CD, TSB.

- APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE)

APLICAÇÃO DE MATERIAL SELADOR POR DENTE EM PONTOS, SULCOS E FISSURAS, REALIZADAS COM FINALIDADE PREVENTIVA DAS LESÕES DE CÁRIE. Realizado por CD, TSB.

- APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO)

APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR NA FORMA DE GEL COM CONCENTRAÇÃO DE 1,23 OU NA FORMA DE VERNIZ, PODENDO USAR PINCÉIS, ESCOVA DENTAL, MOLDEIRA E OUTRAS FORMAS DE APLICAÇÕES, COM A FINALIDADE DE PREVENIR E/OU REMINERALIZAR OS DENTES COM OU SEM LESÕES. O NÚMERO DE SESSÕES DEVE SER DEFINIDO SEGUNDO PADRÕES TÉCNICO

CIENTÍFICO DE ABORDAGEM DO CASO E DO ACOMPANHAMENTO DO PROFISSIONAL AOS PROGRAMAS LOCAIS. Realizado por CD, TSB

- CAPEAMENTO PULPAR

CAPEAMENTO PULPAR DIRETO OU INDIRETO EM DENTES DECÍDUOS OU PERMANENTES POR DENTE.

- CIMENTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA

CONSISTE NA UTILIZAÇÃO DE AGENTES CIMENTANTES (CIMENTOS ODONTOLÓGICOS), TEMPORÁRIOS OU DEFINITIVOS, UTILIZADOS EM RESTAURAÇÕES INDIRETAS, SEJAM ELAS RESTAURAÇÕES PARCIAIS, COROAS UNITÁRIAS OU RETENTORES DE PRÓTESES PARCIAIS FIXAS. PODENDO SER COM CIMENTOS TRADICIONAIS (FOSFATO DE ZINCO, IONÔMERO DE VIDRO) OU CIMENTOS RESINOSOS ASSOCIADOS A SISTEMAS ADESIVOS. ESTA CIMENTAÇÃO NÃO FAZ PARTE DA INSTALAÇÃO DA PRÓTESE DENTÁRIA, POIS NA INSTALAÇÃO JÁ É PREVISTO A CIMENTAÇÃO, CASO NECESSÁRIO. ESTE PROCEDIMENTO DEVERÁ SER REGISTRADO QUANDO FOR REALIZADO A RECIMENTAÇÃO POR MOTIVO DE REMOÇÃO ESPONTÂNEA DA PRÓTESE OU POR RAZÕES CLÍNICAS.

- CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECÂNICO

ESTE PROCEDIMENTO É UTILIZADO QUANDO NÃO CONSEGUE OBTURAR O DENTE EM UMA ÚNICA SESSÃO, NAS SESSÕES DE DESOBSTRUÇÃO DOS CANAIS RADICULARES PARA RETRATAMENTO ENDODÔNTICO, TRATAMENTO DE DENTES COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA, DE DENTES PERMANENTES E DECÍDUOS.

- DRENAGEM DE ABSCESSO

ESVAZIAMENTO DO CONTEÚDO PURULENTO NO OSSO OU NA GENGIVA QUE CIRCUNDA O DENTE ACOMETIDO

- EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA

UTILIZAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS CORANTES COM A FINALIDADE DE EVIDENCIAR A PLACA BACTERIANA. Realizado por CD, TSB

- EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO

REMOÇÃO CIRÚRGICA DE DENTES DECÍDUOS ERUPCIONADOS COMPLETAMENTE NA CAVIDADE ORAL OU RESTOS RADICULARES COM SUTURA QUANDO INDICADO.

- EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE

REMOÇÃO CIRÚRGICA DE DENTES PERMANENTES ERUPCIONADOS COMPLETAMENTE NA CAVIDADE ORAL OU RESTOS RADICULARES, COM SUTURA QUANDO NECESSÁRIO.

- INSTALAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA

CONSISTE NO PROCEDIMENTO DE INSTALAÇÃO DO APARELHO PROTÉTICO (PRÓTESE TOTAL MAXILAR, PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR, PRÓTESE PARCIAL MAXILAR REMOVÍVEL, PRÓTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVÍVEL E PRÓTESE FIXA)

- MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL P/ CONSTRUÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA

PROCEDIMENTOS DE PLANEJAMENTO, PREPAROS DENTÁRIOS E MOLDAGEM.

- ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL

ORIENTAÇÃO ACERCA DE TÉCNICAS CORRETAS DE PREVENÇÃO DA DOENÇA CÁRIE

- PROFILAXIA/REMOÇÃO DA PLACA BACTERIANA

REMOÇÃO DE BIOFILME BACTERIANO UTILIZANDO-SE DE INSTRUMENTO ROTATÓRIO

- PULPOTOMIA DENTÁRIA

TRATAMENTO DA POLPA CORONAL, MANTENDO A VITALIDADE E FUNCIONALIDADE DA POLPA RADICULAR DENTES DECÍDUOS E PERMANENTES.

- RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)

RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL - EXAME REALIZADO EM FILME 3CM X 4CM, ONDE REGISTRAM-SE IMAGENS DE COROAS, TERCO CERVICAL DAS RAÍZES E CRISTAS ÓSSEAS ALVEOLARES DOS ELEMENTOS DENTÁRIOS. DENTRE SUAS INDICAÇÕES DESTACAM-SE O DIAGNÓSTICO DE LESÕES CARIOSAS E AVALIAÇÃO DAS CRISTAS ÓSSEAS. PERIAPICAL- EXAME REALIZADO EM FILME 3CM X 4CM, ONDE REGISTRAM-SE IMAGENS DOS DENTES E DE SEUS TECIDOS DE SUPORTE. PARA UMA ADEQUADA VISUALIZAÇÃO UTILIZAM-SE TÉCNICAS COMO O MÉTODO DA BISSETRIZ, DO PARALELISMO E OUTROS ESPECIAIS.

- RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)

PROCEDIMENTO QUE ENGLOBA A REMOÇÃO DE INDUTOS, PLACA BACTERIANA E CÁLCULO DENTAL SUPRAGENGIVAIS ATRAVÉS DA RASPAGEM, ALISAMENTO E POLIMENTO DE SUPERFÍCIE CORONO-RADICULAR A CADA SEIS ELEMENTOS DENTÁRIOS.

- RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE)

PROCEDIMENTO QUE ENGLOBA A REMOÇÃO DA PLACA BACTERIANA E CÁLCULO DENTAL SUBGENGIVAIS ATRAVÉS DA RASPAGEM E ALISAMENTO DA SUPERFÍCIE RADICULAR A CADA SEIS ELEMENTOS DENTÁRIOS.

- RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO

TRATAMENTO DENTÁRIO COM O USO DE INSTRUMENTOS MANUAIS E/ OU ROTATÓRIOS PARA QUALQUER TIPO DE CAVIDADE DENTÁRIA, COM EMPREGO DE MATERIAL RESTAURADOR POR DENTE QUE PODE SER AMÁLGAMA DE PRATA, RESINA, IONÔMERO DE VIDRO.

- RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR

TRATAMENTO DENTÁRIO COM O USO DE INSTRUMENTOS MANUAIS E/ OU ROTATÓRIOS PARA QUALQUER TIPO DE CAVIDADE DENTÁRIA, COM EMPREGO DE MATERIAL RESTAURADOR POR DENTE QUE PODE SER RESINA, IONÔMERO DE VIDRO, COM A UTILIZAÇÃO OU NÃO DE PINO ROSQUEÁVEL.

- RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR

TRATAMENTO DENTÁRIO COM O USO DE INSTRUMENTOS MANUAIS E/ OU ROTATÓRIOS PARA QUALQUER TIPO DE CAVIDADE DENTÁRIA, COM EMPREGO DE MATERIAL RESTAURADOR POR DENTE QUE PODE SER AMÁLGAMA DE PRATA, RESINA, IONÔMERO DE VIDRO, COM A UTILIZAÇÃO OU NÃO DE PINO ROSQUEÁVEL.

- RETIRADA DE PONTOS DE CIRURGIAS BÁSICAS (POR PACIENTE).

PROCEDIMENTO DE REMOÇÃO DOS FIOS CIRÚRGICOS COM TÉCNICA ASSÉPTICA. Realizado por CD, TSB

- SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA

FECHAMENTO DE CAVIDADE COM OU SEM PRAPARO CAVITÁRIO PARA FINS DE RESTAURAÇÃO, COM O OBJETIVO DE REDUÇÃO DA SEPTICEMIA BUCAL OU DE TERAPIA EXPECTANTE COMO ETAPA INTERMEDIÁRIA ATÉ QUE A RESTAURAÇÃO DEFINITIVA SEJA EXECUTADA. INCLUI-SE NESTA DENOMINAÇÃO OS PROCEDIMENTOS CONHECIDOS COMO ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL, CONTROLE DA INFECÇÃO INTRABUCAL, CONTROLE EPIDEMIOLÓGICO DA CÁRIE E A RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA, DENTRE OUTRAS.

- TRATAMENTO DE ALVEOLITE

CONSISTE NA IRRIGAÇÃO E CURETAGEM COM APLICAÇÃO DE CURATIVO MEDICAMENTOSO EM ALVÉOLOS DENTÁRIOS COM CICATRIZAÇÃO TARDIA.

- ULOTOMIA/ULECTOMIA

INCISÃO OU REMOÇÃO DE TECIDO GENGIVAL FIBROSO QUE ESTEJA DIFICULTANDO O IRROMPIMENTO DENTÁRIO.

03.01.10.003-9 - AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL

ESTE PROCEDIMENTO DESTINA-SE A AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL QUANDO NÃO FAZ PARTE DA CONSULTA.

03.07.04.015-1 - AJUSTE OCLUSAL

CONSISTE NA MODIFICAÇÃO OCLUSAL DO ELEMENTO DENTAL NATURAL OU ARTIFICIAL (PRÓTESE FIXA, REMOVÍVEL OU TOTAL), ATRAVÉS DE PEQUENOS REMODELAMENTOS NAS SUPERFÍCIES DOS DENTES, POR DESGASTE SELETIVO OU ACRÉSCIMO DE MATERIAIS RESTAURADORES, COM FINALIDADE DE SE OBTER A OCLUSÃO HARMÔNICA, SEM CONTATOS PREMATUROS E INTERFERÊNCIAS OCLUSAIS NOS MOVIMENTOS DA MANDÍBULA.

04.01.01.006-6 – EXCISÃO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESÕES / FERIMENTOS DE PELE / ANEXOS E MUCOSA

NÃO CONSIDERAR SUTURAS PÓS EXODONTIAS

04.01.01.008-2 – FRENECTOMIA

CONSISTE NA REMOÇÃO CIRÚRGICA DO FREIO LINGUAL OU LABIAL

04.14.02.017-0 – GLOSSORRAFIA

CONSISTE NA REALIZAÇÃO DE SUTURAS DE FERIMENTOS DA LÍNGUA.

04.14.02.035-9 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL

CONSISTE NA REALIZAÇÃO DE CURETAGEM, COMPRESSÃO LOCAL E SUTURA PARA CONTER A HEMORRAGIA, PODENDO COMPLEMENTAR COM PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA E SOLICITAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS HEMATOLÓGICOS.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve por objetivo principal a determinação do perfil da assistência de saúde bucal na estratégia saúde da família nos municípios piauienses, classificados por territórios de desenvolvimento regional. Evidenciou que no estado do Piauí, a maioria dos municípios, que são de pequeno porte (até 10.000 habitantes), não apresentam quantitativo de produtividade em valores equilibrados, mesmo dentro de um mesmo território, visto que, em muitos casos, havia uma grande variação nas produtividades, que chegava a influenciar de maneira distorcida, as médias.

Quanto à cobertura em saúde bucal, chegava a equiparar-se a cobertura em equipes de atenção básica de alguns territórios, ou até superar em alguns casos. No entanto, quando a cobertura em saúde bucal era inferior, não ficava muito aquém, significando que a estratégia de saúde adotada, priorizava dentro do serviço, as ações de saúde bucal, tanto quanto outras ações de atenção básica.

Outro objetivo foi a comparação entre os procedimentos de prevenção e promoção da saúde com os procedimentos clínicos e cirúrgicos. Essa relação, mesmo em municípios com boa cobertura de saúde bucal e elevada produtividade não apresentou equiparação entre os dois grupos de procedimentos, ou seja, em muitos casos, observou-se prioridade à execução de procedimentos clínicos e cirúrgicos.

Durante a coleta de dados municipais, observou-se que todos os municípios apresentam equipes de saúde bucal implantadas, sendo que durante o ano estudado (2011), muitos municípios apresentaram variação no quantitativo de equipes implantadas para mais ou para menos. Noutros municípios, chamou muita atenção a inexistência de registros de procedimentos odontológicos em um dos grupos ou em ambos, ou seja, durante o período de estudo. Daí, a interpretação ficou prejudicada por conta da dúvida quanto a possibilidade de erro de registro ou mesmo ausência de procedimentos.

Apesar da incorporação da saúde bucal, dentro do PSF, muitas equipes de saúde bucal não praticam o recomendado pelo Ministério da Saúde, predominando o modelo curativo e reabilitador. Quanto aos resultados, ainda ocorrem municípios sem evidências de mudanças no padrão de saúde para melhor, por conta do curto espaço de tempo das ações.

Em outras situações, os dados referentes a alguns procedimentos apresentaram resultados elevados quando comparados a outros territórios, gerando por isso outra dúvida quanto à realização de muitos procedimentos ou uma supernotificação de procedimentos.

Muitas equipes de saúde bucal foram implantadas sem nenhum planejamento ou programação, sempre na pressa e necessidade de equiparar ao número de equipes de saúde da família e mesmo de atender a imensa demanda, sem nenhuma normatização programática. Vê-se a necessidade de estabelecimento de protocolo técnico para informação e uniformização no registro de dados de produção, com o intuito de diminuir as disparidades na informação e, conseqüentemente, melhorar a qualidade dos dados, para assim, obter correta interpretação das ações desenvolvidas, para posterior rediscussão, avaliação e reprogramação, quando necessários.

Daí sentiu-se a necessidade de elaboração de um protocolo de registro de procedimentos na Atenção Básica, em tempos de implantação de novo sistema de informação em saúde, o e-SUS. Nesse material, constaria o significado de cada procedimento e como registrá-lo, como preencher os outros marcadores e a importância do registro correto dessas informações.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, Júlio. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. Revista PRÁXIS, ano III, nº 6 - agosto 2011.

BARROS, Sandra Garrido. CHAVES Sônia Cristina Lima. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. Epidemiologia e Serviços de Saúde, vol. 12, nº 1, p.41-51, Março, 2003.

BEIGUELMAN, B. Curso Prático de Bioestatística - 4a ed. rev. Sociedade Brasileira de Genética, Ribeirão Preto, 1996.

BRASIL. Portaria nº 1444, de 28 de Dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Pág. 85. Seção 1. Diário Oficial da União (DOU) de 29 de Dezembro de 2000

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Orientações técnicas sobre auditoria em odontologia no SUS: caderno dois. 2. Ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, N. 17. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação Manual Técnico Operacional SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Portaria nº 2488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Pág. 48. Seção 1. Diário Oficial da União (DOU) de 24 de Outubro de 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. e-SUS Atenção Básica : Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2013.

CHAVES, Sônia Cristina Lima et. al. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, Jan. 2011.

CORREIA JÚNIOR, Wilson Luiz de Menezes. Estudo sobre procedimentos exodônticos na rede assistencial pública do Estado de Pernambuco, no período de 2000 a 2008/ Monografia - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

GOES, Paulo Sávio Angeiras de. FIGUEIREDO, Nilcema. NEVES, Jerlucia Cavalcanti das. SILVEIRA, Fabiana Moura da Motta. COSTA, José Felipe Riani. PUCCA JR., Gilberto Alfredo, ROSALES, Maritza Sosa. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. Vol. 28, 2012.

JACCOTTET, Cleusa Marfiza Guimarães et al . Avaliação das necessidades de tratamento odontológico e da capacidade produtiva da rede de atenção básica em saúde bucal no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2009. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 21, n. 2, jun. 2012.

KORNIS, George Edward Machado. MAIA, Leila Senna. FORTUNA, Renata Ferraiolo Peixoto. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. *Revista de Saúde Coletiva*, vol.21 no.1 Rio de Janeiro, 2011.

LESSA, Caroline Ferreira Martins. VETTORE, Mario Vianna. Gestão da atenção básica em saúde bucal no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. *Saude soc.* [online]. 2010, vol.19, n.3, pp. 547-556.

MATTOS, Grazielle Christine Maciel; FERREIRA, Efigênia Ferreira e; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves; GRECO, Rosângela Maria. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2014, vol.19, n.2, pp. 373-382

PIAUÍ. Lei Complementar nº 87, de 22 de Agosto de 2007. Estabelece o Planejamento Participativo Territorial para o Desenvolvimento Sustentável do Estado do Piauí e dá outras providências. Publicado no DOE Nº 159 de 22/08/2007

ROCHA, Evelin Cristina Araújo da. ARAUJO, Maria Arlete Duarte de. Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN. *Rev. Adm. Pública* [online]. 2009, vol.43, n.2, pp. 481-517.

SILVA, Shirley Florêncio da et. al.; Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005 *Ciência e Saúde Coletiva* (online), vol. 16, núm. 1, 2011, pp. 211-220 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

SOUSA, Valmi D. ; DRIESSNACK, Martha; MENDES, Isabel Amélia Costa. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 2007, vol.15, n.3, pp. 502-507. ISSN 0104-1169.

SOUZA, Daniel Boarini de. A Inserção da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família/ESF. Revista UNINGÁ Review. Vol.15, n.1, pp.23-28 (Jul - Set 2013). 2013

VIANA, Italene Barros. MARTELLI, Petrônio José de Lima. PIMENTEL, Fernando Castim. Análise do acesso aos serviços odontológicos através do indicador de primeira consulta odontológica programática em Pernambuco: estudo comparativo entre os anos 2001 e 2009. Revista Brasileira de Promoção da Saúde. 25(2): 151-160, abr./jun., 2012. Fortaleza, 2012.

VITOR, Eduardo de Sant'Anna, Avaliação da assistência em saúde bucal na atenção básica no município de Campinas, por meio do sistema de informações em saúde - Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Campinas, 2011.

APÊNDICE

Formulário Estruturado

TERRITÓRIO	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	COBERTURA ATENÇÃO BÁSICA	COBERTURA SAÚDE BUCAL	EQUIPES SAÚDE BUCAL IMPLANTADAS	PROCEDIMENTOS PROMOÇÃO/ PREVENÇÃO	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS/ CIRÚRGICOS
Território 1 PLANÍCIE LITORÂNEA	Cajueiro da Praia						
	Ilha Grande						
	Luís Correia						
	Parnaíba						
	Bom Princípio do PI						
	Buriti dos Lopes						
	Caraúbas do Piauí						
	Caxingó						
	Cocal						
	Cocal dos Alves						
	Murici dos Portelas						
Território 2 COCAIS	Barras						
	Batalha						
	Campo Largo do PI						
	Esperantina						
	Joaquim Pires						
	Joca Marques						
	Luzilândia						
	Madeiro						
	Matias Olímpio						
	Morro do Chapéu PI						
	Nossa Senhora dos Remédios						
	Porto						
	São João do Arraial						
	Brasileira						
	Domingos Mourão						
	Lagoa São Francisco						
	Milton Brandão						

	Pedro II						
	Piracuruca						
	Piripiri						
	São João Fronteira						
	São José do Divino						
Território 3 CARNAUBAIS	Boa Hora						
	Boqueirão do PI						
	Cabeceiras do PI						
	Campo Maior						
	Capitão de Campos						
	Cocal de Telha						
	Jatobá do PI						
	Nossa Senhora de Nazaré						
	Sigefredo Pacheco						
	Assunção do PI						
	Buriti dos Montes						
	Castelo do PI						
	Juazeiro do PI						
	Novo Santo Antonio						
	São João da Serra						
	São Miguel Tapuio						
Território 4 ENTRE RIOS	Alto Longá						
	Altos						
	Coivaras						
	José de Freitas						
	Lagoa Alegre						
	Miguel Alves						
	Nazária do PI						
	Pau D'Arco						
	Teresina						
	União						

	Beneditinos						
	Curralinhos						
	Demerval Lobão						
	Lagoa do Piauí						
	Miguel Leão						
	Monsenhor Gil						
	Agricolândia						
	Água Branca						
	Amarante						
	Angical do PI						
	Barro Duro						
	Hugo Napoleão						
	Jardim do Mulato						
	Lagoinha do Piauí						
	Olho D'Água do PI						
	Palmeirais						
	Passagem Franca PI						
	Regeneração						
	Santo Antônio dos Milagres						
	São Gonçalo do PI						
	São Pedro do PI						
Território 5 VALE DO SAMBITO	Aroazes						
	Prata do Piauí						
	Santa Cruz dos Milagres						
	São Félix do Piauí						
	São Miguel da Baixa Grande						
	Barra D'Alcântara						
	Elesbão Veloso						
	Francinópolis						
	Inhuma						
	Lagoa do Sítio						

	Novo Oriente do PI						
	Pimenteiras						
	Valença do Piauí						
	Várzea Grande						
Território 6 VALE DO RIO GUARIBAS	Aroeiras do Itaim						
	Bocaína						
	Dom Expedito Lopes						
	Geminiano						
	Itainópolis						
	Paquetá						
	Picos						
	Santa Cruz do PI						
	Santana do Piauí						
	Santo Antonio Lisboa						
	São João Canabrava						
	São José do Piauí						
	São Luis do Piauí						
	Sussuapara						
	Vera Mendes						
	Vila Nova do Piauí						
	Wall Ferraz						
	Belém do Piauí						
	Caldeirão Grande PI						
	Francisco Macedo						
	Jaicós						
	Marcolândia						
	Massapê do Piauí						
	Padre Marcos						
	Simões						
	Acauã						
	Betânia do Piauí						

	Caridade do Piauí						
	Curral Novo do Piauí						
	Jacobina do Piauí						
	Patos do Piauí						
	Paulistana						
	Queimada Nova						
	Alagoinha do Piauí						
	Alegrete do Piauí						
	Campo Grande PI						
	Francisco Santos						
	Fronteiras						
	Ipiranga						
	Monsenhor Hipólito						
	Pio IX						
	São Julião						
Território 7 VALE DO CANINDÉ	Cajazeiras do PI						
	Colônia do PI						
	Oeiras						
	Santa Rosa do PI						
	São João da Varjota						
	Tanque do PI						
	Bela Vista do PI						
	Campinas do PI						
	Conceição do Canindé						
	Floresta do PI						
	Isaías Coelho						
	Santo Inácio do PI						
	São Francisco de Assis do PI						
	Simpício Mendes						
Território 8 SERRA DA CAPIVARA	Campo Alegre do Fidalgo						

	Capitão Gervásio Oliveira						
	João Costa						
	Lagoa do Barro do PI						
	São João do PI						
	Anísio de Abreu						
	Bonfim do PI						
	Caracol						
	Guaribas						
	Jurema						
	São Braz						
	Várzea Branca						
	Coronel José Dias						
	Dom Inocência						
	Dirceu Arcoverde						
	Fartura do PI						
	São Lourenço do PI						
	São Raimundo Nonato						
Território 9 VALES DOS RIOS PIAUÍ E ITAUEIRA	Arraial						
	Canavieira						
	Floriano						
	Francisco Ayres						
	Guadalupe						
	Landri Sales						
	Manoel Emídio						
	Marcos Parente						
	Nazaré do Piauí						
	Nova Santa Rita						
	Paes Landim						
	Pedro Laurentino						
	Porto Alegre do PI						

	Ribeira do Piauí						
	Socorro do Piauí						
	São Francisco de Assis do PI						
	São José do Peixe						
	São Miguel do Fidalgo						
	Tamboril do PI						
	Bertolínea						
	Brejo do Piauí						
	Canto do Buriti						
	Flores do Piauí						
	Itaueira						
	Jerumenha						
	Pajeú do Piauí						
	Pavussu						
	Rio Grande do Piauí						
Território 10 TABULEIROS DO ALTO PARNAÍBA	Antonio Almeida						
	Baixa Grande do Ribeiro						
	Ribeiro Gonçalves						
	Sebastião Leal						
	Uruçui						
Território 11 CHAPADA DAS MANGABEIRAS	Alvorada do Gurguéia						
	Bom Jesus						
	Colônia do Gurguéia						
	Cristino Castro						
	Currais						
	Elizeu Martins						
	Palmeira do PI						
	Santa Luz						
	Avelino Lopes						
	Curimatá						

	Júlio Borges						
	Morro Cabeça do Tempo						
	Parnaguá						
	Redenção do Gurguéia						
	Barreira do PI						
	Corrente						
	Cristalândia do PI						
	Gilbués						
	Monte Alegre do PI						
	Riacho Frio						
	Santa Filomena						
	São Gonçalo do Gurguéia						
	Sebastião Barros						

ANEXOS

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Fabricio Ibiapina Tapety

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 22618713.1.0000.5210

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 463.574

Data da Relatoria: 18/11/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo de corte transversal no qual os dados serão coletados dos Sistemas de Informação do Ministério da Saúde. Os dados a serem coletados no SIA/SUS serão referentes à procedimentos odontológicos informados pelos 225 municípios piauienses, no ano de 2011, na categoria quantidade apresentada. Esses dados, que são públicos, serão distribuídos em duas categorias: preventivos, associados aos de promoção da saúde, e procedimentos clínicos, associados aos cirúrgicos. Para organização dos dados,

será utilizado um formulário estruturado, onde constará também, o quantitativo populacional, cuja fonte será o Censo IBGE, o número de equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal implantadas, informados site do Departamento de Ações Básicas do Ministério da Saúde, e o território de desenvolvimento sustentável a que pertence, de acordo com Lei Complementar 87/2007 do governo do Estado do Piauí. Os dados municipais serão coletados por territórios de desenvolvimento, comparados ao porte populacional dos municípios e comparados também à quantidade de equipes de saúde bucal implantadas. Serão elaboradas tabelas e gráficos e será então realizada uma análise descritiva. Apesar da pesquisa, tratar-se de coleta de dados secundários, dados esses de disponibilidade pública, o projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, para certificar-se que

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br


Francisco Iteza Coelho Matos
Coordenadora do
CEP UNINOVAFAPI

FACULDADE DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 463.574

segue os princípios da bioética, beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Analisar a Assistência Odontológica prestada pelas equipes de saúde bucal em municípios piauienses,

Objetivos Secundários: Conhecer a produtividade odontológica dos municípios, registradas no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) no período de 2011 - Verificar o perfil assistencial da odontologia em relação aos grupos de procedimentos (prevenção/promoção/procedimentos clínicos/cirúrgicos).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Existe a possibilidade de risco de que os dados coletados serem interpretados de forma errônea, porém para se minimizar os riscos de interpretação errônea dos dados, os pesquisadores farão uma análise descritiva criteriosa, construindo-se gráficos e tabelas, que serão avaliadas por toda a equipe e pela banca examinadora na qualificação do projeto.

Benefícios: os dados encontrados serão publicados e levados ao conhecimento das autoridades de saúde do Estado do Piauí, para que possam elaborar melhores políticas públicas em assistência odontológica ou para tomar decisões de aplicação de recursos públicos em saúde bucal nas comunidades detectadas com maior carência e falhas na atenção odontológica por parte das equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É um estudo relevante porque irá possibilitar que se conheça a produtividade odontológica dos municípios do Estado do Piauí, registradas no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) no período de 2011, bem como poderá mostrar o perfil assistencial da odontologia em relação aos grupos de procedimentos (prevenção/promoção, procedimentos clínicos/cirúrgicos).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram anexados ao protocolo de pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Concluo que o protocolo de pesquisa está aprovado porque o mesmo encontra-se elaborado de acordo com a resolução CNS 466/2012.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

Francisca Tereza Coelho Matos
Coordenadora do
CEP UNINOVAFAPI

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 463.574

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado considerou que o protocolo de pesquisa está aprovado porque o mesmo encontra-se elaborado de acordo as recomendações éticas da Resolução CNS 466/2012.

TERESINA, 21 de Novembro de 2013

Assinador por:
FRANCISCA TEREZA COELHO MATOS
(Coordenador)

Francisca Tereza Coelho Matos
Coordenadora do
CEP UNINOVAFAPÍ

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	Cód. CNES UNIDADE	Cód. EQUIPE (INE)	Nº DE PARTICIPANTES	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS	RÚBRICA / CARIMBO DO PROFISSIONAL

[illegible]

