

Potencial de efetividade das estratégias de promoção da saúde bucal na atenção primária à saúde: estudo comparativo entre capitais e regiões do Brasil

Potential effectiveness of strategies to promote oral health in primary health care: comparative study among Brazilian capitals and regions

Antonio Dercy Silveira Filho¹, Samuel Jorge Moysés¹,
Solena Ziemer Kusma¹, Simone Tetu Moysés¹

RESUMO: *Objetivo:* Avaliar o potencial de efetividade de estratégias de Promoção da Saúde Bucal (PSB), desenvolvidas por equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) nas capitais e macrorregiões brasileiras. *Métodos:* Foram entrevistados 1.848 cirurgiões-dentistas (1.819 respostas válidas) atuantes em equipes de 26 capitais e do Distrito Federal. Utilizou-se a Ferramenta de Avaliação da Efetividade de Estratégias de Promoção da Saúde Bucal, composta de 23 indicadores, reunidos em três dimensões: saúde bucal, políticas públicas saudáveis e desenvolvimento humano e social. As respostas foram ordenadas em uma escala tipo Likert (1 a 5). O escore final para cada unidade amostral obteve uma variação de 23 a 115, sendo que valores maiores do escore indicam maior potencial da estratégia em promover a saúde bucal. *Resultados:* Foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre as unidades geopopulacionais analisadas quanto ao objeto estudado. As regiões Sudeste e Sul apresentam desempenhos superiores quanto às estratégias de PSB adotadas frente às demais regiões do Brasil ($p \leq 0,01$). *Conclusões:* As estratégias de PSB identificadas no estudo foram heterogêneas, com melhores resultados favorecendo as regiões do Sul-Sudeste e desvantagens para as pessoas que vivem nas capitais do Centro-Norte-Nordeste do Brasil. São necessários esforços objetivando qualificar equipes de APS, sobretudo para as regiões desfavorecidas. Para isso, é fundamental um alinhamento de estratégias de PSB aos princípios e valores da promoção da saúde, orientados para os determinantes sociais da saúde (DSS) e combate as iniquidades em saúde bucal.

Palavras-chave: Promoção da saúde. Saúde bucal. Atenção primária à saúde. Efetividade. Avaliação de serviços de saúde. Avaliação de eficácia-efetividade de intervenções.

¹Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Curitiba (PR), Brasil.

Autor correspondente: Antonio Dercy Silveira Filho. Rua Treze de Maio, 1001, apto. 2, São Francisco, CEP: 80510-030, Curitiba, PR, Brasil. E-mail: toni.silveira@uol.com.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Termo de Convênio nº 046094-2011, do Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde e PUCPR.

ABSTRACT: *Objective:* To evaluate the potential effectiveness of strategies of Oral Health Promotion (OHP), which are carried out by teams in primary health care (PHC) in Brazilian capitals and regions. *Methods:* A sample of 1,848 dentists were interviewed (1,819 valid responses) working in the PHC of 26 capitals and the Federal District. The *Effectiveness of the Assessment Tool for the Promotion of Oral Health Strategies* was used. It is composed of 23 indicators grouped into three dimensions: oral health, health public policies, and human and social development. The answers were arranged in a Likert scale (1–5), and the final score obtained for each sample unit can range from 23 to 115. Higher score values indicate greater potential for the strategy to promote oral health. *Results:* Statistically significant differences were identified among the analyzed geopopulation units considering the study object. The Southeast and South regions had better performance for the OHP strategies in comparison to the other regions of Brazil ($p \leq 0.01$). *Conclusions:* The OHP strategies identified in the study were heterogeneous, with better results favoring the Southeast regions, with disadvantages for people living in capitals from the Central-North-Northeast of Brazil. Efforts should be undertaken aiming to qualify the PHC teams, especially for those in disadvantageous regions. Therefore, an alignment of PSB strategies to the principles and values of health promotion is required, addressed to the social health determinants (SHDs) and in order to fight the inequalities in oral health.

Keywords: Health Promotion. Oral health. Primary health care. Effectiveness. Health service evaluation. Evaluation of the efficacy-effectiveness of interventions.

INTRODUÇÃO

Estados e municípios brasileiros desempenham papéis decisivos para a efetivação dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS). A todos os municípios brasileiros cabe, minimamente, a estruturação da Atenção Primária à Saúde (APS) e o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde, por meio da implantação de equipes multiprofissionais que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS)¹. Com base na Política Nacional de Saúde Bucal “Brasil Sorridente” (PNSB)², na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)³, e na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)^{4,5}, a realização de estratégias de Promoção da Saúde Bucal (PSB) devem se integrar a outras práticas de saúde realizadas por essas equipes, visando assegurar a integralidade da atenção à saúde aos cidadãos brasileiros²⁻⁵, tendo como fundamento a determinação social do processo saúde-doença e o enfrentamento de iniquidades⁶⁻⁸.

Nessa linha, a promoção da saúde em seu sentido pleno é uma práxis complexa⁹, fomentadora de equidade¹⁰ e de agenciamentos para a melhoria da qualidade de vida¹¹, mediante a abordagem sobre fatores comuns de risco a várias doenças. O potencial de efetividade das estratégias de PSB se relaciona ao alinhamento conceitual das intervenções coletivas, realizadas pelas equipes de saúde, com os pilares (equidade, participação, sustentabilidade) e valores (governança, autonomia, empoderamento, intersetorialidade, integralidade) que são citados de modo recorrente na literatura crítica sobre Promoção da Saúde^{12,13}. Os pilares são as bases teóricas da promoção da saúde ou os fundamentos que as sustentam, e os valores sua âncora moral.

O uso de metodologias adequadas e validadas para mensurar a efetividade da promoção da saúde tem merecido atenção em diferentes sistemas de saúde, visando à qualificação dos modelos de atenção no enfrentamento dos DSS¹³. O propósito de avaliar a efetividade de estratégias de PSB na APS é um desafio, especialmente quando se trata de fornecer evidências que sustentem a formulação de políticas públicas que almejam produzir impacto positivo sobre os indicadores epidemiológicos da saúde bucal^{14,15}. A tomada de decisão em saúde, baseada em evidências, também é uma lacuna sentida que se reflete diretamente sobre o cotidiano da gestão pública em saúde bucal e no melhor uso dos investimentos do setor^{16,17}. Justifica-se, portanto, a atenção para um campo de pesquisas que pode gerar evidências novas e apoiar a tomada de decisão na gestão de saúde bucal^{18,19}.

O presente trabalho utiliza um grande conjunto de dados produzidos pelo Estudo Nacional de Práticas de Promoção da Saúde (E.N.PRO.SA)¹², conduzido pelo Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância a Saúde Bucal (CECOL/PUCPR). O seu desenvolvimento ocorreu no período 2013 – 2014, integrando um acordo de cooperação estabelecido entre a Coordenação Nacional de Saúde Bucal, do Ministério da Saúde, e a Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Entre os produtos esperados estavam previstos:

1. A produção de um mapeamento nacional das 26 capitais dos estados e do Distrito Federal, identificando as estratégias de PSB adotadas na APS no Brasil;
2. A formulação de uma Ferramenta de Avaliação da Efetividade de Estratégias de PSB, cuja validação já se encontra publicada^{12,13};
3. A avaliação do potencial de efetividade das referidas estratégias mapeadas.

Por consequência, o presente trabalho se propõe a avaliar e comparar o potencial de efetividade das estratégias de PSB ora implementadas na APS nas capitais e regiões do Brasil, analisando intervenções relatadas pelas próprias equipes estudadas.

MÉTODOS

Visando realizar análises exploratórias, descritivas e comparativas sobre as estratégias de PSB utilizadas pelas equipes de APS, nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, bem como entre as cinco regiões do Brasil, produziu-se um banco de dados decorrente da terceira etapa do E.N.PRO.SA¹², conduzida de abril a dezembro de 2013. O projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, no dia 29 de março de 2012, protocolo CAAE: 01532112.4.0000.0020.

Faz-se necessária uma breve explanação sobre a Ferramenta de Avaliação da Efetividade de Estratégias de PSB, pois se trata do instrumento validado no E.N.PRO.SA e que permitiu a conformação do banco de dados explorado no presente artigo. O referencial para a construção da Ferramenta (matriz de indicadores de avaliação) é sustentado em um modelo teórico que enfatiza o estado da arte quanto aos pilares e valores da Promoção da Saúde aplicado à saúde bucal. A Ferramenta é composta de 23 indicadores reunidos em três

dimensões: saúde bucal, políticas públicas saudáveis e desenvolvimento humano e social (Quadro 1). Para cada indicador, as respostas são ordenadas em uma escala tipo Likert com gradações de valores de 1 (não contempla) até 5 (contempla totalmente). Um escore final é então obtido, variando de 23 a 115; quanto maior o escore, mais a estratégia contempla os pilares e valores da promoção da saúde, sugerindo maior potencial para promover a saúde bucal. Utilizando-se um corte pela mediana, escores entre 23 e 74 caracterizam estratégias fracas, com pouco potencial, enquanto valores entre 75 e 115 caracterizam estratégias fortes, tendo maior potencial para promover a saúde bucal na APS. Obviamente, é necessário considerar que valores limítrofes, próximos de 74 – 75, caracterizam uma transição de força, ou intensidade no potencial da estratégia, passando da escala de “nenhum/pouco” para “plausível/muito” potencial. Um detalhamento sobre a referida Ferramenta na íntegra, incluindo ainda o modelo teórico utilizado e um glossário, encontra-se disponível em: <<http://www.universidadesaudeavel.com.br/e-books/>>.

Quanto ao plano amostral, o primeiro requisito para o perfil de quem responderia à Ferramenta, de interesse para a pesquisa, era o envolvimento com estratégias de PSB — e não qualquer equipe da APS cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). De fato, conforme registro no CNES, um total de 6.296 equipes trabalhava nas capitais no momento da pesquisa (eram 2.515 equipes de saúde bucal da Estratégia de

Quadro 1. Matriz de descritores: pilares e valores da promoção da saúde, Brasil, 2014.

Saúde bucal	Políticas públicas saudáveis	Desenvolvimento humano e social
1. Reconhecimento dos Determinantes Sociais da Saúde no desenvolvimento da estratégia avaliada 2. Reconhecimento de fatores comuns de risco 3. Acesso ao perfil epidemiológico de doenças e agravos bucais antes e durante o desenvolvimento da estratégia 4. Comparação e reconhecimento de resultados alcançados 5. Potencialização da definição de novos objetivos da estratégia	1. Priorização de grupos mais vulneráveis 2. Participação equânime da população alvo 3. Parceria entre diferentes atores sociais (profissionais, instituições e líderes comunitários) 4. Parceria entre diferentes profissionais de saúde no território 5. Parceria com outras atividades de promoção da saúde no território 6. Reconhecimento e apoio da estratégia pela gerência de saúde local, distrital e municipal 7. Recursos específicos alocados para o desenvolvimento da estratégia 8. Previsão de avaliações de processo e resultados ao longo do desenvolvimento da estratégia 9. Pactuação e reconhecimento dos resultados pela UBS local 10. Pactuação e reconhecimento dos resultados pelo Conselho Local de Saúde	1. Reconhecimento de valores da população alvo para o desenvolvimento da estratégia 2. Participação da comunidade na definição de prioridades, objetivos, condução e avaliação da estratégia 3. Oportunização de avaliação e discussão dos resultados gerados pela estratégia 4. Mudanças no processo de condução da estratégia com base nas sugestões da comunidade 5. Divulgação da estratégia para a comunidade local 6. Protagonismo compartilhado da estratégia 7. Desenvolvimento de ações de educação permanentes para profissionais de saúde e diferentes atores sociais 8. Manutenção dos resultados e benefícios da estratégia

Fonte: Kuzma, Moysés e Moysés¹³.

Saúde da Família, sendo 1.969 na modalidade I, e 546 na modalidade II, somadas a 3.781 equipes na atenção básica tradicional).

Para atender ao pressuposto do critério básico de inclusão para a população elegível, buscou-se confirmar o número de profissionais cirurgiões-dentistas envolvidos com PSB, mediante contatos diretos com as coordenações de saúde bucal das capitais. Paralelamente, visando evitar sub-representação de equipes em capitais com rede de APS mais densa, sempre que possível se buscou trabalhar com probabilidade proporcional ao tamanho, respeitando o número de cirurgiões-dentistas envolvidos com as estratégias de PSB e efetivamente atuantes, gerando subamostras de tamanhos variados nas capitais.

Assim, as seguintes ações foram seguidas:

1. entrar em contato com as Secretarias de Saúde das cidades, reiterando verbalmente a explanação da pesquisa já informada por correspondência impressa;
2. pactuar a pesquisa com a pessoa responsável pela Coordenação da Saúde Bucal;
3. verificar de que forma as unidades de saúde estavam organizadas (se em equipes diferenciadas entre atenção básica tradicional ou saúde da família);
4. estabelecer com a coordenação da saúde bucal, ou gestor responsável, questões operacionais, logísticas e de factibilidade, inclusive quanto à liberação de profissionais em horário de trabalho; pactuou-se que o plano amostral objetivaria atingir pelo menos 5% das equipes de saúde bucal elegíveis nas capitais brasileiras, buscando assegurar, sempre que possível, a participação de um mínimo amostral de 25 participantes por capital;
5. agendar uma reunião presencial desses profissionais com os pesquisadores, para a coleta de dados.

Foram identificados originalmente 2.069 cirurgiões-dentistas atuando há pelo menos um ano na rede de APS e, segundo declaração de seus coordenadores, envolvidos com estratégias de PSB. A taxa de resposta obtida para o conjunto das cidades participantes foi de 87,9%. A Tabela 1 apresenta a proporção de respostas por município, a partir do plano amostral descrito. Para a coleta dos dados, os participantes foram reunidos em um evento presencial em cada capital brasileira, com duração média de três horas, programado em duas sessões subsequentes:

1. Preenchimento individualizado e autoaplicável da Ferramenta. Foram entrevistados 1.848 cirurgiões-dentistas (ao final, após procedimentos de consistência para tornar a base robusta, restaram 1.819 respostas válidas). A todos os respondentes solicitou-se a descrição de apenas uma estratégia de PSB com a qual estivesse envolvido na APS, a critério do informante, com a recomendação de que a estratégia deveria ser aquela que ele considerava ter o maior potencial para se promover a saúde bucal da comunidade atendida. De forma mais específica, eram respondidas quatro perguntas iniciais a respeito da identificação da estratégia/intervenção que o profissional estivesse envolvido:
 - Qual a estratégia desenvolvida?

Tabela 1. Taxa de resposta por cidade participante no plano amostral, Brasil, 2014.

Cidade e Região	Estimativa de respondentes	Coleta		Válidos	
	Cirurgiões-dentistas	n	%	n	%
Região Centro Oeste	387	293	75,7	281	72,6
Goiânia, GO	104	98	94,2	95	91,3
Cuiabá, MT	88	80	90,9	80	90,9
Campo Grande, MS	97	68	70,1	64	66
Brasília, DF	98	47	48	42	42,9
Região Nordeste	757	452	59,7	443	58,5
Natal, RN	95	79	83,2	73	76,8
Teresina, PI	89	65	73	64	71,9
Salvador, BA	79	51	64,6	51	64,6
Aracaju, SE	63	40	63,5	40	63,5
Recife, PE	85	50	58,8	49	57,6
Maceió, AL	80	46	57,5	46	57,5
São Luís, MA	84	47	56	47	56
João Pessoa, PB	82	45	54,9	45	54,9
Fortaleza, CE	100	29	29	28	28
Região Norte	328	276	84,1	276	84,1
Belém, PA	36	44	122,2	44	122,2
Manaus, AM	98	99	101	99	101
Rio Branco, AC	37	36	97,3	36	97,3
Boa Vista, RR	19	15	78,9	15	78,9
Porto Velho, RO	46	33	71,7	33	71,7
Macapá, AP	54	36	66,7	36	66,7
Palmas, TO	38	13	34,2	13	34,2
Região Sudeste	291	572	196,6	565	194,2
São Paulo, SP	131	371	283,2	365	278,6
Vitória, ES	61	79	129,5	78	127,9
Belo Horizonte, MG	99	83	83,8	83	83,8
Rio de Janeiro, RJ	Sem informação	39	-	39	-
Região Sul	306	255	83,3	254	83
Curitiba, PR	150	158	105,3	157	104,7
Porto Alegre, RS	86	57	66,3	57	66,3
Florianópolis, SC	70	40	57,1	40	57,1
Total Brasil	2.069	1848	89,3	1819	87,9

- Quem desenvolve a estratégia?
- Onde a estratégia se desenvolve?
- Como a estratégia se desenvolve?

Na sequência, pedia-se o preenchimento dos 23 indicadores da Ferramenta em questão.

2. Após o recolhimento de todos os formulários, os pesquisadores responsáveis pela coleta de dados desenvolveram um momento de capacitação dialógica sobre o tema, com o objetivo de promover a reflexão sobre as estratégias de promoção da saúde, baseando-se nos fundamentos teóricos utilizados na pesquisa. Este procedimento foi rigorosamente seguido em todas as cidades participantes, com exceção do Rio de Janeiro, pois não houve informação prévia sobre as equipes, tampouco a autorização para atividade presencial com os pesquisadores; a coleta dos dados foi feita por gerentes municipais desta capital e enviada pelo correio.

Destarte, a base de dados do presente estudo é constituída por 1.819 estratégias de PSB que foram relatadas pelos respondentes e avaliadas, resultando na classificação por escores constantes na Ferramenta utilizada. Inicialmente, os dados coletados foram filtrados para a avaliação da consistência. Logo após, uma base de dados robusta foi analisada de forma exploratória, verificando-se distribuição de frequências e dos escores obtidos. Os dados foram analisados com o auxílio do programa computacional SPSS v.21.0. e Microsoft Excel® for Mac 2011 v.14.1.0.

Visando identificar a variação entre as médias das capitais intra e interregiões, utilizou-se para análise de variância o teste ANOVA 1 fator; e a análise *post hoc* com o Teste de Games-Howell (múltiplas comparações para variâncias heterogêneas) para verificar diferenças entre as variáveis dependentes, cujas diferenças médias foram consideradas significativas para um valor de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

A primeira observação concernente aos resultados é que a amostra se mostrou heterogênea, com grande variabilidade entre as 26 capitais brasileiras e o Distrito Federal. Utilizando-se para análise de variância o teste ANOVA 1 fator, a variável cidade de origem demonstrou ter significância estatística para influenciar no resultado ($p \leq 0,01$). A média do escore final obtido para o total da amostra foi de 71,3 (IC95% 70,4 – 72,1). A Tabela 2 apresenta as estatísticas descritivas do escore final médio obtido por cidade e região do Brasil. O Teste de Games-Howell demonstrou diferenças estatisticamente significantes no que diz respeito ao objetivo central deste trabalho que era o de avaliar o potencial de efetividade das estratégias de PSB implementadas na APS nas capitais e regiões do país. O Gráfico 1 apresenta o desempenho das capitais na avaliação do potencial de efetividade das estratégias de PSB avaliadas. As cidades com melhores desempenhos na avaliação do potencial

Tabela 2. Estatísticas descritivas do escore final médio por cidades e regiões, Brasil, 2014.

Município e Região	n	Média	IC95%	Mínimo	Máximo
Região Centro Oeste	281	66,26	63,9 – 68,5	27	111
Campo Grande, MS	64	74,75	69,4 – 80,0	29	111
Goiânia, GO	95	65,27	60,8 – 69,7	27	108
Cuiabá, MT	80	62,63	58,9 – 66,2	27	97
Brasília, DF	42	62,48	58,7 – 66,2	40	95
Região Nordeste	443	69,25	67,6 – 70,8	27	113
João Pessoa, PB	45	81,87	77,6 – 86,1	48	109
Fortaleza, CE	28	78,54	72,9 – 84,1	56	104
Recife, PE	49	74,63	70,1 – 79,0	49	105
São Luís, MA	47	70,19	64,8 – 75,5	32	102
Aracaju, SE	40	69,48	65,1 – 73,8	41	103
Natal, RN	73	67,77	64,1 – 71,4	30	102
Salvador, BA	51	67,04	61,9 – 72,1	34	104
Teresina, PI	64	64,61	60,1 – 69,0	36	113
Maceió, AL	46	55,65	51,4 – 59,8	27	92
Região Norte	276	64,45	62,1 – 66,7	23	107
Palmas, TO	13	77,31	69,7 – 84,8	61	99
Manaus, AM	99	71,47	68,5 – 74,3	30	104
Porto Velho, RO	33	70,45	64,7 – 76,1	40	105
Rio Branco, AC	36	67,11	61,9 – 72,3	28	91
Macapá, AP	36	56,83	51,1 – 62,5	29	94
Belém, PA	44	51,68	44,5 – 58,8	23	107
Boa Vista, RR	15	43,07	35,1 – 51,0	28	83
Região Sudeste	565	77,61	76,2 – 78,9	27	115
Rio de Janeiro, RJ (*)	39	92,59	87,8 – 97,3	66	115
Belo Horizonte, MG	83	77,61	74,5 – 80,7	34	107
São Paulo, SP	365	77,09	75,4 – 78,7	33	110
Vitória, ES	78	72,53	69,2 – 75,8	27	104
Região Sul	254	73,85	71,8 – 75,8	38	114
Curitiba, PR	157	74,66	72,0 – 77,3	38	114
Florianópolis, SC	40	73,25	68,5 – 77,9	41	93
Porto Alegre, RS	57	72,04	67,6 – 76,4	38	101
Total Brasil	1819	71,3	70,4 – 72,1	23	115

*Resultado para SE sem RJ: n = 526; Média = 76,49; IC95% 75,15 – 77,84; Mínimo = 27 – Máximo = 110.

de efetividade, com escore final igual ou maior que 75, foram: Rio de Janeiro, João Pessoa, Fortaleza, Belo Horizonte, Palmas e São Paulo. As cidades com piores desempenhos foram: Boa Vista, Belém, Maceió, Macapá, Brasília e Cuiabá.

Tomando-se por base o desempenho das capitais dos Estados da Região Sudeste, destaca-se o município do Rio de Janeiro, com valor de escore médio acima da média da região e do conjunto das demais capitais brasileiras. Belo Horizonte, São Paulo e Vitória apresentaram médias iguais ou muito próximas da média regional. Na Região Sul, apenas o município de Curitiba teve desempenho superior à média da região. Contudo, mesmo estando abaixo da média regional, os desempenhos de Florianópolis e Porto Alegre estão próximos, sugerindo haver certa homogeneidade entre os fundamentos que sustentam as estratégias de PSB implementadas pelas equipes de saúde na APS nesta região. Na Região Centro-Oeste, apenas o município de Campo Grande teve desempenho superior à média da região. Os municípios com desempenho inferior a média da região foram Goiânia, Cuiabá e Brasília. Entre as nove capitais dos Estados que compõem a Região Nordeste, os desempenhos que estão acima da média regional foram de João Pessoa, Fortaleza, Recife, São Luís e Aracaju. Abaixo da média regional ficaram Natal, Salvador, Teresina e Maceió. Na Região

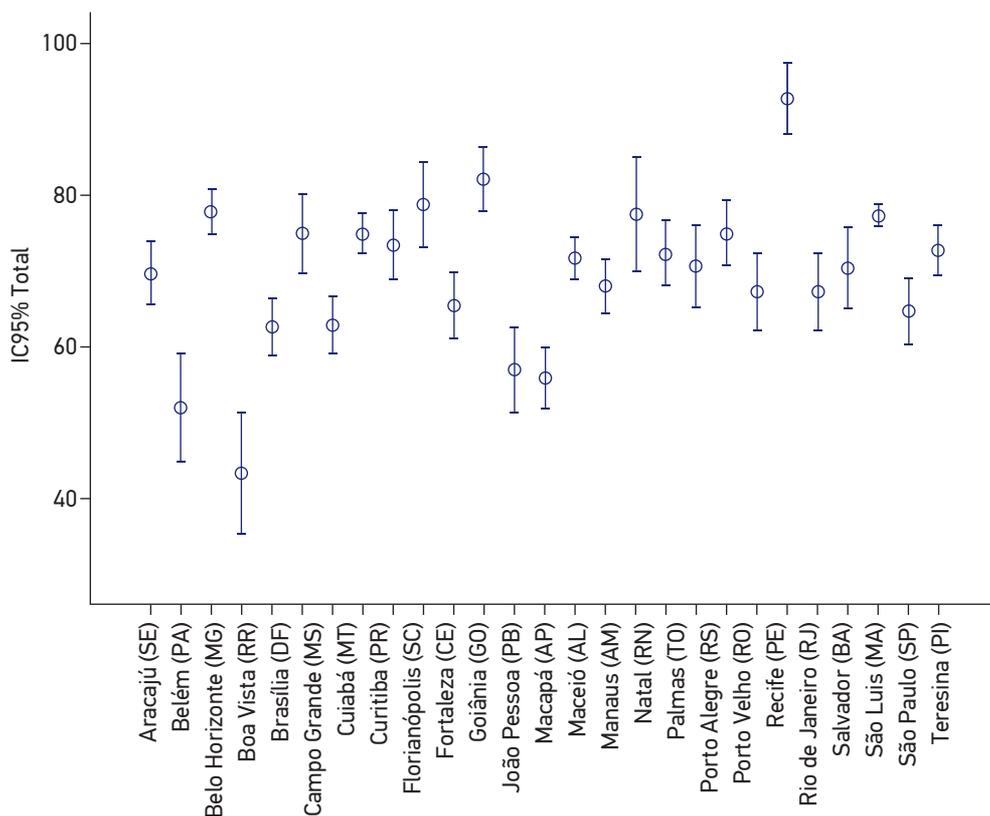


Gráfico 1. O potencial de efetividade das estratégias de promoção da saúde bucal por capital, Brasil, 2014.

Norte, entre as sete capitais dos Estados que a compõem, quatro tiveram desempenhos acima da média da região — Palmas, Manaus, Porto e Rio Branco; abaixo da média regional ficaram Macapá, Belém e Boa Vista.

Outra análise sobre o desempenho das capitais considerou sua inserção federativa, com base nas cinco macrorregiões do Brasil. Aqui também a amostra se revelou heterogênea, com grande variabilidade entre as regiões. Visando identificar a variação do escore entre as médias das regiões com a variação dentro da região, utilizou-se para análise de variância o teste ANOVA 1 fator, em que a variável região do Brasil demonstrou ter significância estatística para influenciar no resultado ($p \leq 0,01$). Ainda, o Teste de Games-Howell revelou diferenças médias significativas no valor de $p \leq 0,05$ entre as variáveis dependentes segundo regiões, com clara distinção entre o Sul-Sudeste que formou um bloco significativamente diferente do bloco Norte-Nordeste-Centro Oeste. O Gráfico 2 apresenta o desempenho das cinco regiões do Brasil. Desse modo, classificando as regiões comparativamente, do melhor para o pior desempenho, destacam-se a Região Sudeste, seguida da Região Sul, e logo depois Nordeste, Centro-Oeste e Norte. Entre as regiões, apenas a Sudeste teve escore final acima de 75, o que caracteriza estratégias que contemplam os pilares e valores da promoção da saúde e, portanto, têm maior potencial de efetividade.

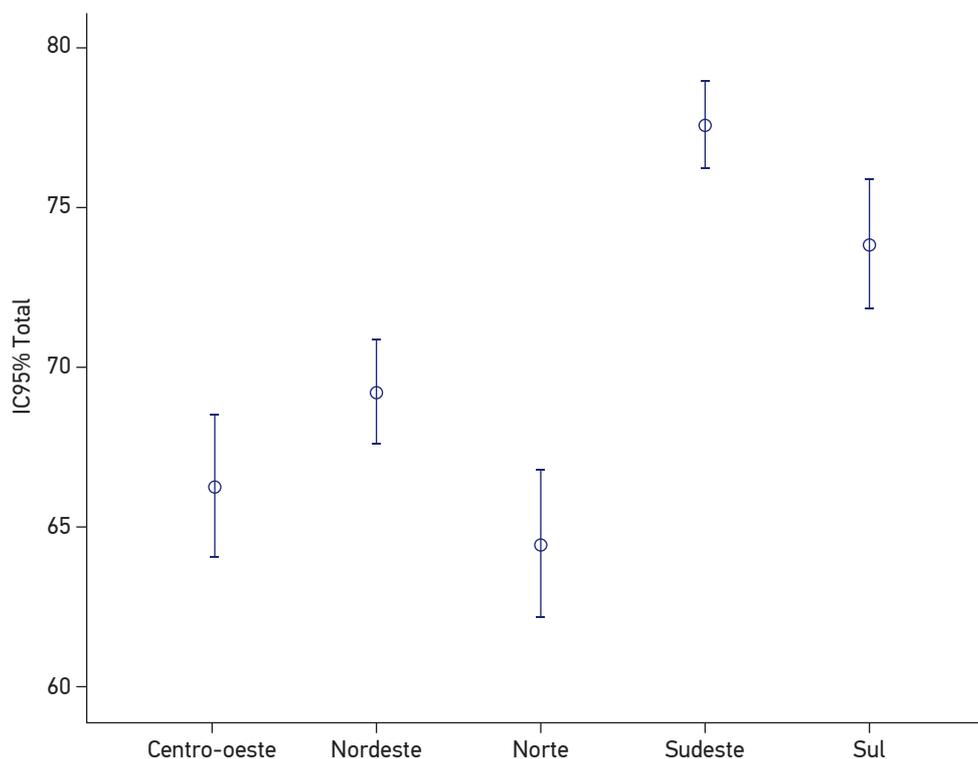


Gráfico 2. O potencial de efetividade das estratégias de promoção da saúde bucal por Região do Brasil, Brasil, 2014.

DISCUSSÃO

Claramente, os resultados obtidos nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal por meio da avaliação das 1.819 estratégias de PSB apontam um contraste macrorregional dividindo o Brasil. As Regiões Sul e Sudeste desfrutam de melhores posições diante das demais quanto aos escores obtidos no instrumento de pesquisa utilizado. É plausível admitir que tais desfechos, revelando-se com distintos potenciais de efetividade, guardam correspondência com desfechos epidemiológicos finalísticos (cárie dental, edentulismo, entre outros) nas respectivas regiões —, fato já demonstrado pelo levantamento epidemiológico nacional de saúde bucal (SB)²⁰.

É notória também a variação intrarregional observada em certos casos, pois capitais de uma mesma região apresentaram resultados discrepantes, como é o caso de João Pessoa (melhor) e Maceió (pior) no Nordeste; na Região Norte, Palmas (melhor) e Boa Vista (pior); ou Campo Grande (melhor) e Brasília (pior), na Região Centro-Oeste. A Região Sul foi bastante homogênea enquanto que, no Sudeste, cabe salientar o desempenho do município do Rio de Janeiro, que pode ser considerado um *outlier*, sugerindo uma inconsistência com o restante dos dados. Esta diferença pode estar relacionada com uma limitação do estudo, pois os procedimentos para coleta de informações não foram realizados conforme previsto, o que pode ter gerado viés de seleção ou de informação. Outra limitação do estudo foi a inconsistência de algumas informações de coordenadores de saúde bucal quanto ao contingente de profissionais elegíveis para a pesquisa nas suas respectivas capitais.

Os resultados sugerem que, em determinadas capitais e/ou regiões, mesmo quando desenvolvidas, ou seja, mesmo tendo sido garantido o acesso dos brasileiros às estratégias presumidas como de promoção da saúde, as iniquidades persistem. Isto porque as estratégias praticadas pelas equipes de saúde bucal na APS pouco ou nada se alinham aos pilares e valores da PSB, segundo marco teórico adotado, tendo, portanto, pouco potencial para serem efetivas¹³.

Especialmente a partir dos anos 2000, observa-se se um esforço para promover uma maior integração da saúde bucal aos serviços de saúde em geral, possibilitando a sinergia de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, atuação sobre determinantes sociais do processo saúde-doença, e a consequente incorporação de práticas baseadas em evidências de efetividade. Este fato ainda é incipiente, conforme já criticado na literatura²¹. Parte das práticas anunciadas como de “promoção da saúde”, sobretudo no nível das redes de APS, ainda são limitadas a estratégias baseadas em modelos tradicionais de intervenções educativo-preventivas centradas em palestras, escovações dentárias, desenvolvidas prioritariamente em ambientes escolares. Também coincidem com muitas estratégias relatadas pelos entrevistados, sendo intervenções que sabidamente apresentam problemas em sua operacionalização e na força de evidência científica, caracterizando ações divergentes e inconsistentes²². Revisões sistemáticas da literatura têm reafirmado a baixa força da evidência quanto ao impacto de intervenções preventivas/educativas simplistas, comportamentalistas, restritas ao plano odontológico^{15,23}.

As limitações dessas ações devem-se ao fato de não produzirem melhorias sustentáveis em médio e longo prazo na saúde bucal de populações, sendo paliativas em sua natureza, ignorando amplamente os fatores estruturais que determinam uma saúde bucal deficiente. Paradoxalmente, um dos possíveis resultados destas ações focalizadas em indivíduos é que as iniquidades, ao contrário de serem reduzidas, podem ser agravadas, já que aqueles que têm mais recursos (materiais, cognitivos, contextuais) estão mais aptos a serem beneficiados pelas intervenções executadas^{24,25,26}. Nessa linha, é imperioso advogar por estratégias de PSB que busquem alcançar melhorias sustentáveis, com ações multidimensionais e intercomplementares, de base populacional, que potencializem fatores protetivos (positivos) de saúde e que previnam fatores negativos que podem incidir sobre as pessoas, contextualizadas de acordo com suas condições de vida e vulnerabilidades.

A atual Política Nacional de Promoção de Saúde no Brasil aponta como responsabilidade das três esferas de governo o estabelecimento de instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação dos objetivos definidos na referida política. Revela, ainda, como uma de suas diretrizes, o incentivo à pesquisa em promoção da saúde e a divulgação de iniciativas efetivas para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular. Cabe aos serviços ampliar o entendimento da promoção da saúde no contexto da APS, expandindo o conceito de saúde para além da assistência às pessoas doentes (sempre necessária, mas insuficiente), promovendo a qualidade de vida por meio de intervenções sobre os fatores que colocam a população sob riscos ou já sofrendo danos evitáveis. O aperfeiçoamento de instrumentos e técnicas de avaliação é essencial, bem como sua institucionalização como ferramenta de planejamento, de subsídio à tomada de decisão com vistas à melhoria dos serviços de saúde²⁷.

A qualificação da PSB na APS segue sendo desafiadora, assim como a estruturação de modelos avaliativos^{13,28,29}. Algumas iniciativas têm sido experimentadas, como o modelo de “Avaliação da Gestão da Atenção Básica” do Estado de Santa Catarina, cuja matriz teórica considerou a avaliação da APS a partir dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)²⁷, assim como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB, o qual prevê que sejam realizadas ações que qualifiquem e fortaleçam as práticas das equipes de APS em diferentes aspectos, como o da gestão, atenção e educação, em todo o território nacional. Tais modelos de avaliação mostram-se aplicáveis e úteis para municípios de diferentes portes, possibilitando a sensibilização dos gestores para a necessidade de melhoria da qualidade das ações em saúde bucal no nível local²⁷. Entretanto, estudos apontam que o PMAQ-AB não foi delineado de forma a avaliar todos os componentes da promoção da saúde³⁰. Esta dimensão ficou reduzida ao enfoque de ações educativas a grupos específicos. Portanto, o PMAQ-AB tem limitações e não inclui em seu método de avaliação a dinâmica dos processos de implementação e avaliação da efetividade das estratégias de PS.

Face ao panorama avaliativo descrito, a presente pesquisa contribui na esfera da PSB com o pressuposto de inclusão de dimensões que analisem o desenvolvimento das políticas públicas, do envolvimento das comunidades, de mudanças ambientais e processuais no

que concerne ao trabalho em saúde bucal. Sendo uma pesquisa participativa e capacitadora, compartilha a visão³⁰ de que são possíveis melhorias quanto ao alinhamento das estratégias de PSB aos princípios e valores da promoção da saúde, fazendo melhor uso dos recursos aplicados e redundando em mais saúde bucal^{12,13}.

As iniquidades em saúde bucal oriundas das diferenças locorregionais observadas neste estudo, internas às cinco regiões do Brasil, e entre elas, remetem a outro importante desafio posto à APS, o de promover a equidade para alcançar justiça social¹⁵. Observa-se que nos grandes centros metropolitanos o impacto da conurbação urbana e dos elevados níveis de mobilidade da população são fatores que atuam para diluir o impacto das intervenções de saúde nas chamadas “populações-alvo”. Esta ocorrência exige qualificação e valorização do papel social dos profissionais da APS e implementação de políticas que claramente prevejam o enfrentamento dos DSS de modo intersetorial abrangendo regiões de saúde¹⁶.

CONCLUSÃO

A diferença observada na análise comparativa entre os municípios e regiões com melhores e piores desempenhos demonstra a diversidade de fundamentos que sustentam as estratégias avaliadas. Embora se reconheça avanços na incorporação de novos conhecimentos e nas práticas de PSB na última década, na esfera pública brasileira, ainda assim, um conjunto desafiador de problemas envolvendo o perfil epidemiológico das doenças bucais e a resolutividade da atenção permanece vivo no debate político, científico e de gestão de serviços.

Desenvolver ações nesta direção exige o estabelecimento de uma agenda de políticas públicas saudáveis, como referência central, para a ação institucionalizada em saúde bucal, fortalecendo estruturas e processos comprometidos com a promoção da saúde. Além disso, é necessária uma busca proativa de conhecimentos para fundamentar práticas consistentes e a educação permanente da força de trabalho em saúde.

Nessa mesma perspectiva e como decorrência da implementação da PNSB, centrada na promoção e vigilância da saúde bucal, demanda-se o aprimoramento e investimento em estratégias avaliativas que suportem a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde bucal. É necessário um compromisso institucionalizado na esfera pública com o desenvolvimento de novos estudos, visando avaliar práticas e apoiar a gestão da APS. Isso implica no uso de metodologias que permitam avaliar não somente os resultados epidemiológicos quantitativos e o impacto das intervenções, como também o processo político e social para alcançar os objetivos de forma sustentável.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, área de concentração Saúde Coletiva, pelo auxílio ao *stricto sensu* (Doutorado).

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Pacto pela Saúde, 2006. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/webpacto/volumes/01.pdf>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal: Ministério da Saúde. Brasília: 16p.; 2004. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica – PNAB. Brasília: 110 p.; 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS Brasília: 60p.; 2006. 3 ed. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PoliticaNacionalPromocaoSaude.pdf>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, (2015). Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/20/PNPS-2015-final.pdf>
6. Heidmann ITSB, Almeida MCP, Boehs AE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções: Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006; 15(2): 352-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a20v15n2>
7. McQueen DV, Jones CM. Global perspectives on health promotion effectiveness: Springer; 2007. 425p.
8. WHO. World Conference on Social Determinants of Health 2012. Disponível em: http://www.who.int/sdhconference/resources/Conference_Report.pdf
9. Westphal MF. Avaliação e monitoramento das práticas de promoção da saúde relacionadas às doenças e agravos não transmissíveis na cidade de São Paulo: relatório final. São Paulo: s.n.; 2008. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/relatorioenviadoCNPQDANT_1256129352.pdf
10. Barata RB. Desigualdades Sociais e Saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr. M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo-Rio de Janeiro. Editora Hucitec-Fiocruz; 2009. p. 457-86.
11. Akerman M. Território, governança e articulação de agendas. São Paulo, Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades e Municípios Saudáveis. 2004. Disponível em: <http://www.conseg.sp.gov.br/Gerenciador/midia/download/30.pdf>
12. Kusma SZ, Moysés ST, Moysés SJ. Avaliação da Efetividade de Estratégias de Promoção da Saúde Bucal: ferramenta de avaliação. Curitiba, 2010. Disponível em: <http://www.universidadesaudavel.com.br/wp-content/uploads/downloads/2015/04/Ferramenta.pdf>
13. Kusma SZ, Moysés ST, Moysés SJ. Health promotion: perspectives for evaluation of oral health in primary healthcare. Cad Saúde Pública. 2012; 28(Suppl): s9-s19.
14. Moysés SJ. O futuro da Odontologia, no Brasil e no mundo, sob o ponto de vista da Promoção da Saúde (Opinião). Rev Bras Odontol. 2008; 16: 10-3.
15. Moysés SJ. Inequalities in oral health and oral health promotion. Braz Oral Res. 2012; 26 Suppl 1:86-93.
16. Bueno RE, Moysés ST, Bueno PAR, Moysés SJ. Determinantes sociais e saúde bucal de adultos nas capitais do Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2014; 36(1): 17-23.
17. Pucca Junior GA, Lucena EHG, Cawahisa PT. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. Braz Oral Res. 2010; 24: 26-32.
18. de Salazar L. Feasibility for health promotion under various decision-making contexts. Global perspectives on health promotion effectiveness: Springer; 2007. p. 353-65.
19. de Salazar L. Efectividad en promocion de la salud y salud publica. reflexiones sobre la practica en America Latina y propuestas de cambio. Universidad del Valle; 2009. 391 p.
20. Moysés SJ, Pucca Junior GA, Paludetto Junior M, Moura Ld. Avanços e desafios à Política de Vigilância à Saúde Bucal no Brasil. Rev Saúde Pública. 2013; 47: 161-7.
21. Moretti AC, Teixeira FF, Suss FMB, Lawder J, Lima L, Bueno RE, et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). Cien Saúde Colet. 2010; 15(Supl 1): 1827-34.
22. Santos APP, Nadanovsky P, Oliveira BH. Survey of Brazilian governmental health agencies shows conflicting recommendations concerning oral hygiene practices for children. Cad Saúde Pública. 2010; 26: 1457-63.
23. Adair PM, Burnside G, Pine CM. Analysis of health behaviour change interventions for preventing dental caries delivered in primary schools. Caries Research. 2013; 47(Supl 1): 2-12.
24. Yevlakhova D, Satur J. Models for individual oral health promotion and their effectiveness: a systematic review. Aust Dent J. 2009; 54(3): 190-7.

25. Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bull World Health Organ.* 2005; 83(9): 711-8.
26. Watt RG. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007; 35(1): 1-11.
27. Colussi CF, Calvo MCM. An evaluation model for oral health in primary care. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(9):1731-45.
28. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2004. 726p. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf
29. Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2005; 5(supl. 1): S63-9.
30. Cardoso ACC, Santos Júnior RQ, Souza LEP, Barbosa MBCB. Inserção da equipe de saúde bucal no PSF um desafio para a melhoria da qualidade de atenção à saúde. *Rev Baiana de Saúde Públ.* 2014; 26(1-2): 94.

Recebido em: 04/12/2015

Versão final apresentada em: 27/04/2016

Aprovado em: 31/05/2016