

Pacto pela saúde no Brasil: uma análise descritiva da progressão dos indicadores de saúde bucal

Pact for health in Brazil: a descriptive analysis of the progression of oral health indicators

Danielle BORDIN^a, Cristina Berger FADEL^a

^aDepartamento de Odontologia, UEPG – Universidade Estadual de Ponta Grossa, 84030-900 Ponta Grossa - PR, Brasil

Resumo

Introdução: Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, inúmeras e constantes são as tentativas de ampliação de mecanismos que levem à otimização dos serviços públicos de saúde. Nesta perspectiva de avanço estratégico das ações e dos serviços de saúde pública no Brasil, é divulgado o Pacto pela Saúde - Consolidação do SUS, sendo aprovadas as diretrizes operacionais inerentes a ele. **Objetivo:** Analisar e interpretar a evolução temporal dos indicadores de saúde bucal, consolidados no Pacto pela Saúde, considerando-se as cinco grandes regiões brasileiras. **Método:** Análise descritiva de dados coletados dos bancos do Sistema Único de Saúde (DATASUS) referentes aos anos de 2008 a 2010 foi realizada, por meio de indicadores de saúde bucal: indicador 41 – Cobertura Populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e indicador 42 – Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada, ambos disponibilizados no Pacto pela Saúde. **Resultado:** O indicador 41 apresentou um desenvolvimento progressivo ao longo do triênio estudado, embora lento e desigual, entre as grandes regiões brasileiras. No que se refere ao indicador 42, este apresentou oscilações em seus valores de referência durante o período analisado, também de forma díspar entre as regiões analisadas. **Conclusão:** Distintas são as justificativas que podem levar ao entendimento destes resultados, desde o perfil da prestação dos serviços públicos de saúde e o porte populacional dos municípios que compõem as diferentes regiões, a aspectos que se relacionam à fragilidade da gestão pública e à falta de política de recursos humanos.

Descritores: Saúde pública; indicadores básicos de saúde; pesquisa sobre serviços de saúde; saúde bucal.

Abstract

Introduction: Since the implementation of the Health Care System (SUS) in Brazil, many and constants are the attempts to extend the tactics which induce the optimization of the health public service. In this perspective of strategic progress about the actions and health public service in Brazil, it's released the Pact for health – Consolidations of SUS and approve the operational guidelines attached to it. **Objective:** To analyze and interpret the temporal evolution of oral health indicators, consolidated into the Pact for Health considering the five major brazilian regions. **Method:** The analysis description of data collected on the banks of the Unified Health System (DATASUS) from 2008 to 2010, was realized, through oral health indicators like the Indicator 41 – Population estimated Coverage of Oral Health Teams in the Family Health Strategy and Indicator 42 – Average of the Collective Action supervised brushing, available in the Pact. **Result:** The 41 indicator showed a gradual development over the period studied, although slow and uneven among the brazilian regions. With regard to the indicator 42, it's shown oscillations in their benchmarks during the period analyzed, as well as the disparate regions analyzed. **Conclusion:** Many are the reasons that may lead to understanding these results, as the profile of the public health provision and population size of the municipalities that make up the different regions are still aspects that relate to the fragility of the public management and the lack of human resources policy.

Descriptors: Public health; health status indicators; health services research; oral health.

INTRODUÇÃO

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, visto e entendido como um avanço incorporado na Constituição Federal¹, suas estratégias consolidadoras vêm crescendo paulatinamente em nosso País. Inúmeras e constantes são as tentativas de ampliação de mecanismos que levem à otimização dos serviços públicos de saúde, sendo que a questão

assume enorme complexidade frente às desigualdades nacionais de âmbitos geográfico, cultural e socioeconômico.

Os primeiros avanços foram trazidos pela Lei 8.080², de 19 de setembro de 1990, por sua perspectiva ampliada da concepção de saúde, assumindo-a como um direito da população e ainda reafirmando a universalidade e a equidade do acesso aos serviços

de saúde, a integralidade das ações praticadas, o controle social e a descentralização político-administrativa como princípios legítimos e norteadores do sistema de saúde vigente no Brasil³.

Entretanto, apesar da conquista de um embasamento jurídico sólido para a legitimação do SUS, por meio, principalmente, de leis orgânicas, suscitou-se ainda a necessidade de regulamentação prática do Sistema, com algo que claramente dispusesse sobre as ações cotidianas em saúde⁴. O início deste processo ocorreu com a implementação de normativas reguladoras denominadas Normas Operacionais Básicas (NOB), criadas com a justificativa de operar as transformações previstas na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde⁵. Assim, o sistema de saúde brasileiro perpassou pelas NOB INAMPS/91⁶, SUS/93⁷ e SUS/96⁸, cada qual com novos formatos e com novas contribuições para os avanços na saúde.

Inicialmente como uma medida de cunho muito mais político do que organizacional⁴, é publicada no Brasil a primeira Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOASSUS 01/01⁹. Esta Norma aponta para o reconhecimento da regionalização da atenção à saúde como uma macroestratégia para a consolidação dos princípios da universalidade, equidade e integralidade, constituindo-se um passo a mais em direção à descentralização. Buscando-se superar a insuficiência de mecanismos viáveis voltados à sua implementação, publica-se ainda a NOAS SUS 01/02¹⁰.

Assim, como uma nova perspectiva de avanço estratégico das ações e dos serviços de saúde pública no Brasil, com foco na superação do desacordo evolutivo entre os Estados, é editada a Portaria GM/MS nº 399¹¹, em 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde - Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais inerentes a ele. O objetivo agora é promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS, além de explicitar o compromisso entre os gestores de saúde em torno de ações que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Ainda de acordo com sua portaria, o Pacto pela Saúde deverá ter a definição de prioridades articuladas e integradas em três dimensões complementares: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

Especificamente para o campo da Odontologia, o Pacto pela Saúde expressa sua relevância no processo de avaliação e monitoramento de programas e serviços da Atenção Básica, pela inclusão de indicadores de saúde bucal: *Cobertura Populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família*

e *Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada*, por meio da Portaria GM/MS nº 3.840¹², de 07 de dezembro de 2010. Desta forma, como importante subsídio para o processo de organização e planejamento dos serviços públicos no Brasil, esses indicadores revelam-se essenciais para o fortalecimento da saúde bucal na Atenção Básica.

Neste contexto, entendendo e percebendo os atuais indicadores de saúde bucal pactuados por meio de metas nacionais como importantes ferramentas para a efetiva quantificação e avaliação das ações de saúde bucal no Brasil, objetiva-se, por meio deste estudo, analisar e interpretar a evolução temporal destes indicadores, considerando-se as cinco grandes regiões brasileiras.

MÉTODO

Este estudo, fruto da exploração de fontes secundárias, envolveu dados coletados dos bancos do Sistema Único de Saúde (DATASUS), por meio de indicadores de saúde bucal disponibilizados no Pacto pela Saúde – 2010/2011, contidos nos cadernos de Informações de Saúde¹³.

Nesta categoria, encontram-se os seguintes indicadores: número 41, referente à cobertura populacional estimada das equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família (ESF), e o número 42, relativo à média da ação coletiva de escovação dental supervisionada. O Quadro 1 expõe o método de cálculo utilizado pelo Ministério da Saúde para a composição de cada indicador.

Na medida em que os indicadores de saúde bucal do Pacto pela Saúde, com dados relativos aos municípios, Estados e Distrito Federal, apresentavam-se expostos neste banco de dados de forma integral e regular já a partir de 2008, a coleta de informações ocorreu desde o referido período até o ano de 2010. As informações referentes ao ano de 2011 disponibilizadas pelo sistema de informação foram excluídas desta pesquisa, uma vez que, por se apresentarem sob a forma de dados anuais parciais, não serviriam de base para a comparação com os anos anteriores, resultando em uma análise temporal evolutiva equivocada. Para este estudo, utilizou-se a tabulação em âmbito nacional referente às cinco grandes regiões brasileiras.

Os dados pesquisados foram submetidos à análise descritiva temporal, posteriormente relacionados e os resultados expressos em tabelas, contendo valores relativos.

Quadro 1. Método de cálculo dos indicadores de saúde bucal*

Indicador 41	$\frac{\text{Número de equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família implantadas} \times 3.450 \text{ pessoas}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$
Indicador 42	$\frac{\text{Número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local e período, dividido pelo período}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$

*Portaria GM/MS nº 3.840. Brasil¹² (2010).

RESULTADO

Com base nos dados extraídos dos bancos do DATASUS, expõe-se primeiramente o desempenho evolutivo do indicador 'Cobertura populacional estimada das equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família', conforme a Tabela 1.

Nesta, evidencia-se que a Região Nordeste apresentou, no triênio, a maior cobertura de equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, seguida da Região Centro-Oeste. A média nacional apresentou incremento em seu valor neste período, mesmo com os baixos valores de cobertura expostos pelas Regiões Sul, Norte e Sudeste.

Analisando-se os intervalos temporais, observa-se que, no interstício 2008 a 2009, o Brasil aumentou 1,8% a sua cobertura de equipes de saúde bucal na ESF. Neste mesmo período, o Norte teve um avanço de 3,3%, o Nordeste de 2,4% e o Sul de 1,8%. Apesar de também evoluírem, as Regiões Sudeste e Centro-Oeste apresentaram um acréscimo mais discreto, abaixo da média brasileira, com 1,3% e 0,7%, respectivamente. Entre 2009 e 2010, o Brasil teve um incremento maior neste indicador, atingindo 2,7% de aumento da cobertura. Desta vez, a Região Nordeste foi a que mais evoluiu no período (4,1%), seguida da Região Centro-Oeste com 3,2% e da Região Sudeste com 2,3%. As Regiões Norte e Sul apresentaram o mesmo índice de crescimento neste intervalo de tempo (1,9%), resultando novamente em valores inferiores à média Brasil.

A Tabela 2 mostra o desempenho evolutivo do indicador 'Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada' de 2008 a 2010.

Em 2008, 2,56% da população brasileira teve acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde bucal, sendo a Região Sudeste a que apresentou valores mais elevados deste indicador. Em 2009, a Região Centro-Oeste obteve aumento significativo da população participante destas ações coletivas (2,64%) e as Regiões Sul, Nordeste e Norte apresentaram aumentos mais discretos. O único decréscimo observado referiu-se à Região Sudeste. No ano de 2010, apesar de o valor deste indicador para o Brasil ter evoluído, as Regiões Norte e Centro-Oeste expuseram oscilações negativas.

Comparando-se a média brasileira de escovação supervisionada de 2008 para 2009, observa-se um pequeno aumento neste indicador: 0,1%. A Região Centro-Oeste foi a que apresentou o maior avanço (0,9%), enquanto as demais regiões cresceram em média 0,1%. Na transição de 2009 a 2010, houve um declínio de 0,4% no indicador 42 das Regiões Norte e Centro-Oeste e acréscimo de 0,4% na Região Sul, 0,2% e 0,1% nas Regiões Sudeste e Nordeste, respectivamente, gerando um aumento de apenas 0,1% da média brasileira.

DISCUSSÃO

Os países da América Latina entram no século XXI exibindo melhoria em seus indicadores sanitários, alcançando, em média, vários dos objetivos propostos pelo movimento 'Saúde para Todos no ano 2000', lançado pela Assembleia Mundial da Saúde já em 1977¹⁴. Contudo, o Brasil, assim como vários outros países, ainda apresenta desigualdades socioeconômicas e culturais, acelerado

envelhecimento de sua população, um processo desordenado de urbanização e uma assistência à saúde que ainda não consegue ser universal, equitativa e integral^{14,15}.

Para tentar suprir essas disparidades de assistência e como forma de reorganizar o primeiro nível de atenção em saúde no Brasil, o Ministério da Saúde lançou em 1994 o Programa Saúde da Família, reconhecido hoje como estratégia prioritária para a reorientação do modelo assistencial no País. Este projeto dinamizador do SUS teve seu início em pequenos municípios do Nordeste e hoje alcança os grandes centros urbanos de todo o País¹⁴⁻¹⁶.

Visando orientar o processo de avaliação e monitoramento da Atenção Básica no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde formulou a proposta de desenvolvimento de pactos de gestão entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e o Ministério da Saúde. O Pacto de Indicadores da Atenção Básica foi, então, concebido como um instrumento nacional de monitoramento das ações e dos serviços de saúde referentes a este nível de atenção, sendo instituído pela Portaria GM/MS 3.925 de 1988 e pela Portaria 476 de 1999¹⁷. Em 2005, a Portaria GM/nº 21 aprova a relação dos indicadores que serão pactuados nas três esferas de governo e ainda estabelece as orientações e os mecanismos, fluxos e prazos envolvidos neste processo¹⁸.

Entre os indicadores, havia referências à saúde bucal concebidas por indicadores principais - 'Cobertura de

Tabela 1. Indicador 41 - Distribuição percentual da população coberta pelas equipes de saúde bucal na ESF, segundo região. Brasil. 2008-2010*

Região	Ano		
	2008 (%)	2009 (%)	2010 (%)
Região Centro-Oeste	36,60	37,34	40,52
Região Nordeste	56,52	58,92	62,98
Região Norte	28,07	31,40	33,29
Região Sudeste	17,51	18,80	21,11
Região Sul	29,53	31,34	33,19
Brasil	32,40	34,20	36,94

*Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS¹³.

Tabela 2. Indicador 42 - Média de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada, segundo região. Brasil. 2008-2010*

Região	Ano		
	2008 (%)	2009 (%)	2010 (%)
Região Centro-Oeste	1,79	2,64	2,26
Região Nordeste	2,51	2,73	2,79
Região Norte	1,59	1,65	1,25
Região Sudeste	2,92	2,79	2,95
Região Sul	2,48	2,58	3,00
Brasil	2,56	2,64	2,72

*Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS¹³.

primeira consulta odontológica e *'Razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de zero a 14 anos'* – e um indicador complementar: *'Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais'*.

A partir de então, vêm sendo publicadas, por meio de portarias específicas, as orientações para o processo de pactuação e a relação de indicadores a serem pactuados pelos gestores, com tímidas iniciativas no âmbito da saúde bucal. Em 2010, instituíram-se novos e importantes parâmetros de saúde bucal, desta vez com o objetivo de acompanhar as modificações e necessidades previstas no Pacto pela Saúde, o qual entrou em vigor por meio da portaria GM/MS nº 3.840, de 7 de dezembro de 2010¹². Neste, a saúde bucal ingressa em sua Prioridade VI, responsável pelo fortalecimento da atenção básica¹¹ e tem por objetivos ampliar o número de equipes de saúde bucal na ESF, acompanhando os valores do indicador 41 – *Cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família*, e aumentar a prevenção das principais doenças bucais, como a cárie dentária e a doença periodontal, através do monitoramento do indicador 42 – *Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada*.

O Brasil tem como meta para o biênio 2010-2011 cobrir no mínimo 40% da população com equipes de saúde bucal na ESF¹². Para atingir esta meta, o governo delineou como estratégia o convencimento dos gestores municipais sobre as vantagens da conversão do modelo tradicional de serviços odontológicos pela atenção à saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, bem como a inserção no processo de monitoramento e avaliação da qualidade e consistência das informações pactuadas, com vistas ao assessoramento à gestão¹⁹.

Como ilustrado na Tabela 1, no ano 2010, o Brasil já contava com média de 36,94%, valor próximo à meta estipulada para o referido biênio. As principais regiões responsáveis pelo alcance deste valor foram a Nordeste, com valores de cobertura bem acima da média estipulada para todo o Brasil, e a Centro-Oeste. Os dados encontrados evidenciaram ainda um distanciamento das demais regiões, em especial da Sudeste, no que se refere ao cumprimento da meta Brasil. Este fato poderia ser justificado pela prestação de serviços públicos de saúde nesta região – incluindo-se aqui os serviços de saúde bucal – estar mais direcionada a unidades de saúde tradicionais, com menor abrangência de unidades de saúde da família²⁰. Destaca-se aqui a Região Nordeste, por constituir espaço pioneiro na implantação de políticas públicas de saúde no Brasil, as quais serviram de alicerce para o desenvolvimento da atual Política Nacional de Saúde Bucal, condição que fatalmente lhe confere a vanguarda também neste processo¹⁶.

Vale ressaltar que o método de planejamento e financiamento das ações em saúde, por parte dos governos, deve estar pautado no reconhecimento de informações sociais, demográficas e epidemiológicas de cada região, entendidas como importantes ferramentas para a definição das pactuações, realizadas nas esferas governamentais.

Ainda, enfatiza-se que indicadores elevados de provimento em saúde podem estar relacionados, num determinando momento, a piores condições de saúde de uma população, considerando-se

a urgente necessidade de alocação de recursos²¹. Partindo-se deste pressuposto, poder-se-ia aventar uma primeira explicação para o fato de a Região Nordeste, com indicadores sociais, econômicos e de saúde bucal desfavoráveis^{15,22-24}, apresentar o maior investimento em Equipes de Saúde Bucal (ESB) do País²⁵.

Corroborando com esta ideia, o estudo realizado por Viana et al.²⁶ (2006) em 62 municípios paulistas, mostrou que o comportamento dos dados sobre a cobertura da Estratégia Saúde da Família tem relação direta com a dimensão da riqueza da região, verificando que quanto maior a porcentagem de cobertura da ESF, menor é o indicador de riqueza no município, sendo também a clientela do SUS proporcionalmente maior nesses municípios. Ainda, segundo os autores, outro fator que pode levar a menores taxas de cobertura na Região Sudeste está relacionado à dificuldade na implantação da ESF em municípios de grande porte, principalmente até 2003, em decorrência da pressão exercida pelo setor privado em saúde, da política de repasse de recursos para o ESF – a qual prioriza os municípios de pequeno porte ao vincular o valor transferido à taxa de cobertura do programa – e da violência urbana, que repercute no cotidiano das equipes de saúde da família, contribuindo para elevar a rotatividade profissional.

Portela, Ribeiro²⁷ (2011) também relatam que a implantação da ESF ocorreu de forma mais acelerada em municípios de pequeno porte, com baixa ou nenhuma capacidade instalada e foi mais incipiente nos grandes centros urbanos. Esta afirmação sustenta os discrepantes resultados alcançados pelas Regiões Nordeste e Sudeste, uma vez que o Nordeste apresenta quantidade consideravelmente maior de municípios de pequeno porte populacional¹³.

Dentre diversos fatores que levam ao encontro de valores distintos do Indicador 41 para cada região, destacam-se também: a falta de decisão política de alguns gestores municipais; a dificuldade de qualificação de municípios para implantação ou expansão da ESF; a falta de profissionais para comporem as equipes; o financiamento insuficiente; os limites legais para municípios efetivarem as contratações; a falta de profissionais com o perfil adequado para a Estratégia de Saúde da Família; as dificuldades para assessoramento técnico por parte das regionais; a alta rotatividade de gestores estaduais e municipais, e o descumprimento dos critérios com consequente desqualificação dos municípios²⁸.

Nos últimos 50 anos, tem sido observada no Brasil melhoria significativa nas estatísticas de saúde. Alguns autores afirmam que isto se deve não somente ao aumento do nível de renda e educação da população, mas também à melhoria e à disponibilidade dos serviços de saúde^{14,15,29}. Neste sentido, ao fazer uma análise temporal do indicador 41, referente à *Cobertura de saúde bucal*, observa-se que o mesmo segue um trajeto lento e desigual, apesar de sugerir estar pautado em justificativas concretas.

O indicador 42, referente à *Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada* (Tabela 2), aponta a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde bucal, visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente a cárie dentária e a

doença periodontal. Considerando-se que, na maioria dos locais, a escovação dental supervisionada, o meio mais eficaz de prevenção de doenças bucais, será realizada com dentífrico fluoretado, este indicador também permite estimar a proporção de pessoas que tiveram acesso ao flúor tópico¹⁹. O governo federal tem como meta para este indicador de âmbito coletivo, no interstício 2010 a 2011, atingir a média de 3%¹². Para alcançá-la, traçou ações estratégicas, como doação de *kits* de escova e creme dental para as Secretarias Municipais de Saúde; doação de materiais educativos de escovação dental, e monitoramento e avaliação da qualidade e da consistência dos dados informados pelos municípios na base de dados nacionais, com vistas ao assessoramento à gestão e ao acompanhamento de informações¹⁹.

De acordo com a Tabela 2, no ano 2010, o Brasil contava com média de 2,74%, valor próximo à meta estipulada para o referido biênio. Desta vez, as Regiões Sul, Sudeste e Nordeste foram as principais responsáveis pelo alcance deste valor. Entretanto, os dados encontrados evidenciaram novamente um distanciamento entre as grandes regiões, com destaque negativo para a Região Norte e o seu amplo distanciamento da meta Brasil.

O fato de o Brasil ainda não ter atingido a meta nacional para o indicador 42 pode estar relacionado à sua limitação enquanto meio de monitoramento, uma vez que considera apenas um tipo de ação coletiva¹⁹. Deste modo, baixas coberturas não implicam necessariamente na ausência de acesso a ações preventivas de doenças bucais e de promoção da saúde. Todavia, apesar dos limites enfrentados por este indicador, admite-se o seu grau de importância, uma vez que o mesmo permite avaliar o perfil da atenção em saúde bucal quanto à capacidade de desenvolvimento de ações coletivas, por parte do sistema público de saúde.

Em consonância com este indicador e com o objetivo de subsidiar o alcance de suas metas, a Política Nacional de Saúde Bucal propõe a incorporação progressiva de ações de promoção e proteção em saúde, como fluoretação das águas de abastecimento, educação em saúde, higiene bucal supervisionada e aplicações tópicas de flúor, de acordo com o perfil epidemiológico da população³⁰. Desta forma, excetuando-se a fluoretação da água, entendida como ação mais ampla e inespecífica, e compreendendo as demais ações como competência da ESB³⁰, poder-se-ia esperar médias mais elevadas do indicador 42 em regiões com maior número de equipes de saúde bucal. No entanto, no cenário brasileiro, observa-se situação inversa, em especial para as Regiões Sul e Sudeste, que, apesar de apresentarem as médias mais altas do referido indicador, oferecem os mais baixos valores de cobertura de saúde bucal do País. Logo, ao analisar a média de pessoas que participaram nas ações promovidas pelos serviços de saúde, não se deve considerar apenas o número de ESB de cada região, mas enquadrar toda a funcionalidade, a articulação entre os serviços que compõem a rede, a localização geográfica da unidade, os fatores culturais, econômicos e epidemiológicos da população, a disponibilidade dos serviços, de acordo com as demandas e necessidades da população, e a acessibilidade^{31,32}.

Diferentemente do que o presente estudo revelou, outra investigação associou maior cobertura do Programa de Saúde da Família a maiores proporções de procedimentos coletivos

executados, expondo ainda que os municípios com maior indigência e maior desigualdade social apresentaram maiores proporções de procedimentos coletivos, revelando uma tendência pró-igualdade³¹. Corroborando com este pressuposto, destaca-se um estudo que mostra as atuações de cunho preventivo sendo muito mais expressivas nas equipes de saúde bucal inseridas na ESF, quando comparadas às ações desenvolvidas por meio das demais formas de inserção profissional do cirurgião-dentista³³.

Entretanto, estudo conduzido na Região Nordeste, com o objetivo de avaliar o impacto da implantação do ESF frente a distintos indicadores de saúde, mostrou não haver diferenças significativas entre áreas cobertas e não cobertas por esta estratégia, e a maioria dos indicadores estudados³⁴. Estes resultados ratificam a importância da qualidade da implantação e de gestão das políticas públicas adotadas pelos municípios e Estados, em contrapartida à sua quantidade.

Já em 1987, evidenciou-se que o sistema institucional de saúde, na prática diária, apresenta dificuldades que impedem a satisfação das necessidades de assistência à saúde da totalidade da população³². Assim, para esses autores, o conceito de cobertura, conforme preconizado pela Organização Pan Americana de Saúde, deve transcender os limites tradicionais de uma simples proporção numérica, implicando na admissão da existência de uma relação dinâmica entre as necessidades e as aspirações da população, expressas pela demanda aos serviços e, por outro lado, os recursos disponíveis e suas combinações tecnológicas e organizacionais, que configuram a oferta para satisfazer a demanda.

É pertinente, aqui, expor as limitações deste trabalho. As autoras deste estudo consideram que os resultados apresentados devam ser interpretados com cautela, visto que apesar da qualidade da informação dos serviços de saúde no Brasil estar melhorando desde a sua implantação, sabe-se que a cobertura do sistema ainda não é completa. Incrementar o desenvolvimento de sistemas de informações integrados, confiáveis, abrangentes e acessíveis que possibilitem a análise das desigualdades em saúde, em suas diferentes dimensões, certamente possibilitaria melhor definição de prioridades, com vistas a um efetivo planejamento e avaliação das políticas setoriais.

CONCLUSÃO

Frente à análise dos resultados alcançados evidenciou-se que o Indicador 41 apresentou um desenvolvimento progressivo ao longo do triênio estudado, embora lento e desigual, entre as grandes regiões brasileiras. Distintas são as justificativas que podem levar ao entendimento deste resultado, desde o perfil da prestação dos serviços públicos de saúde e o porte populacional dos municípios que compõem as diferentes regiões, a aspectos que se relacionam à fragilidade da gestão pública e à falta de política de recursos humanos.

No que se refere ao Indicador 42, este apresentou oscilações em seus valores de referência durante o período analisado, também de forma díspar entre as regiões analisadas. Estes resultados também devem ser vistos com cautela, frente às limitações anteriormente expostas por este indicador.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
2. Brasil. Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990; 20 set.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília; 1990.
4. Fadel CB, Schneider L, Moimaz SAS, Saliba NA. Pacto pela Saúde: uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. RAP – Revista de Administração Pública. 2009; 43: 445-56.
5. Carvalho G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. Ciênc Saúde Coletiva. 2001; 6: 435-44. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000200012>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 273/91. Norma Operacional Básica do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social: NOB-INAMPS 01/91. Diário Oficial da União. 1991; 07 jan.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 545. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 01/93. Diário Oficial da União. 1993; 24 maio.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2203. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 01/96. Gestão Plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Diário Oficial da União. 1996; 6 nov.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 95. Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01. Diário Oficial da União. 2001; 26 jan.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 373. Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02. Diário Oficial da União. 2002; 28 fev.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União. 2006; 22 fev.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.840. Inclui a Saúde Bucal no Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, e estabelece as diretrizes, orientações e prazos do processo de ajuste de metas para o ano de 2011. Diário Oficial da União. 2010; 07 dez.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATASUS [Internet site] [citado em 2011 Jun 07]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>
14. Loivos C, Groisman S, Knupp R, Curvino M, Rocha NSM. Acesso às ações de saúde bucal versus indicadores do SIAB/SIASUS: um diálogo possível e necessário. Rev Bras Odontol. 2009; 66: 263-9.
15. Fernandes LS, Peres M. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. Rev Saúde Pública. 2005; 39: 930-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000600010>
16. Saliba NA, Moimaz SAS, Fadel CB, Bino LS. Saúde Bucal no Brasil: uma nova política de enfrentamento para a realidade nacional. ROBRAC: Rev Odontol Bras Central. 2010; 18(48): 62-6.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Legislação do SUS. Brasília; 2003.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/nº 21. Aprova a Relação dos Indicadores da Atenção Básica - 2005 a serem pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. 2005; 5 jan.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações Acerca dos Indicadores de Monitoramento Avaliação do Pacto Pela Saúde, nos Componentes Pela Vida e de Gestão para o Biênio 2010 – 2011. Conforme Portaria GM/MS nº 2669, de 03 de novembro de 2009 e Portaria GM/S nº 3.840, de 07 de dezembro de 2010. Brasília; 2011.
20. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011. 3ª ed. Brasília; 2011.
21. Jannuzz PM. Indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas pública. Revista Brasileira de Administração Pública. 2002; 36(1): 51-72.
22. Prata PR. A transição epidemiológica no Brasil. Cad Saúde Pública. 1992; 8(2): 168-5.
23. Monteiro CA. A dimensão da pobreza, da fome e da desnutrição no Brasil. Estud Av. 1995; 9(24): 195-07.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. SB Brasil 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. [Internet site] [citado em 2011 Jun 07]. Disponível em <http://www.sbbrasil2010.org/>
25. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). [Internet site] [citado em 2011 Out 20]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>.
26. Viana ALA, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Novaes MHD. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. Ciênc Saúde Coletiva. 2006; 11:577-606. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300009>
27. Portela GZ, Ribeiro JM. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. Ciênc Saúde Coletiva. 2011; 16:1719-32. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300009>
28. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária- Seminário do Conass para construção de consensos/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília; 2004. v. 2
29. Kassouf AL. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. RER. 2005; 43(1): 29-44.
30. Brasil. Ministério da Saúde, Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, Diário Oficial da União, 2004.

31. Fischer TK, Peres KG, KupeK E, Peres MA. Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2010; 13: 126-38. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2010000100012>
32. Unglert CVS, Rosenburg CR, Junqueira CB. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. *Rev Saúde Pública.* 1987; 21: 439-46. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101987000500009>
33. Almeida GCM, Ferreira MAF. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24: 2131-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000900019>
34. Roncalli AG, Lima KC. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006; 11: 713-24. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300018>

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Cristina Berger Fadel
Rua Dr. Paula Xavier, 909, apto 124, 84010-270 Ponta Grossa - PR, Brasil
e-mail: cbfadel@gmail.com

Recebido: 17/06/2012
Aprovado: 03/09/2012