

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina-Departamento de Medicina Social
Especialização em Saúde Pública**

CARACTERIZAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DE SÃO FRANCISCO DE PAULA (RS), UTILIZANDO O SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

Porto Alegre
Maio/2010

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina-Departamento de Medicina Social
Especialização em Saúde Pública**

**CARACTERIZAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DE SÃO
FRANCISCO DE PAULA (RS), UTILIZANDO O SISTEMA DE INFORMAÇÕES
AMBULATORIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

RENATA RODRIGUES STEYER

Trabalho de Conclusão de curso
apresentado à Universidade Federal do
Rio Grande do Sul requisito parcial para
obter o título de Especialista em Saúde
Pública.

Orientador: Prof. Ronaldo Bordin

Porto Alegre
Maio/2010

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIS – Sistemas de Informação em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

RESUMO

Este trabalho caracteriza o modelo de atenção à saúde bucal em São Francisco de Paula (RS), a partir de informações obtidas no banco de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS). Para isso, foi construída uma série histórica (2000-2007) da produção ambulatorial do município e replicada a metodologia proposta por Barros e chaves, que possibilitou a análise quantitativa da produção odontológica no município estudado. Os procedimentos foram classificados em 6 grupos: consultas, procedimentos coletivos (PC), preventivos individuais, restauradores, cirúrgicos e periodontais. Observou-se um aumento geral da produção ambulatorial odontológica: de 6.074 em 2000 para 9.507 procedimento/habitante/ano em 2007, totalizando um crescimento de 56,51%. A cobertura de primeira consulta odontológica experimentou um crescimento de 56,51%, indicando uma expansão do acesso a serviços odontológicos por parte da população. Junto com esse fenômeno, pode ser observada a redução na proporção entre extrações e ações básicas individuais (num total 33%). A produção de procedimentos preventivos totalizou 38,5% da produção total ao longo da série histórica, enquanto a produção de procedimentos curativos totalizou 61,5%. Foi possível observar uma regularidade na alimentação dos dados de procedimentos clínicos individuais, ao contrário do observado nos procedimentos coletivos, indicando a necessidade de padronização no registro destes.

Palavras-chave: Saúde bucal, Sistemas de informação ambulatoriais, Gestão em saúde, Epidemiologia, Administração e Planejamento em Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	4
2 REVISÃO PRELIMINAR.....	8
3 OBJETIVOS	12
4 MÉTODOS.....	13
5 RESULTADOS.....	16
6 DISCUSSÃO.....	27
7 CONSIDERAÇÕES.....	30
REFERÊNCIAS	31
ANEXO A.....	34
ANEXO B.....	35
ANEXO C.....	38
ANEXO D.....	40

1 INTRODUÇÃO

Pensar o processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) é, em sua atual dinâmica, pensar também a reorientação da atenção à saúde. Para que tal reorientação ocorra faz-se necessário estabelecer prioridades e alocar recursos de forma direcionada à modificação positiva das condições de saúde da população. O primeiro passo nesse processo é estabelecer o diagnóstico das condições de saúde e as necessidades da população adscrita, bem como caracterização do(s) modelo(s) de atenção em saúde vigente(s).

O processo de descentralização da saúde tem ampliado a utilização dos sistemas de informação como instrumentos de planejamento e gestão. A consulta a bancos de dados sobre desenvolvimento social (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDH-M e Censos) e Sistemas de Informação em Saúde (SIS), como o Sistema de Informação Ambulatorial - SIA e o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, entre outros, permite recuperar informações relacionadas à esfera municipal que são importantes na implantação de políticas sociais e programas de saúde, bem como na reorganização e controle das ações de saúde bucal (Ministério da Saúde, 2002).

A programação e o planejamento de ações devem estar baseados na informação, que é essencial à tomada de decisões, e deve orientar as ações na atenção à saúde. É importante, para a promoção da saúde, melhorar a prevenção de agravos e a organização dos serviços oferecidos.

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são unidades de produção, análise e disseminação de dados, constituindo-se em importante componente do sistema de saúde. Têm o propósito de subsidiar a elaboração e avaliação de políticas, de planos e programas de saúde, na medida em que possibilitam o acompanhamento da situação de saúde da população, através de indicadores, sendo assim possível identificar situações de saúde/doença nas populações, a magnitude dos problemas de saúde, os possíveis fatores de risco e a detecção de epidemias. O conhecimento desta realidade permite uma avaliação qualitativa da eficácia das intervenções e dos impactos das práticas sanitárias (Rio Grande do Sul, 2007).

Os únicos 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), este ainda em processo de construção no que se refere às ações odontológicas. O grande desafio do Sistema Único de Saúde é transformar a infinidade de dados em informações; essas, em conhecimento da realidade sanitária do país, para que as necessidades da população sejam de fato priorizadas e atendidas pelo setor público (Rio Grande do Sul, 2007).

Juntamente com a informatização, outras estratégias têm sido incentivadas para reorientar a atenção a saúde ao longo do território nacional, visando alcançar a universalização do acesso, a integralidade das ações, a equidade, a descentralização, a hierarquização dos serviços e o controle social. Entre estas estratégias podemos citar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Em dezembro de 2000 o Ministério da Saúde estabeleceu um incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal por meio do PSF, com os objetivos de expandir o acesso e reorganizar as ações (Brasil, Ministério da Saúde, 2001).

De acordo com Chagas (2007), o contingente populacional sem acesso à assistência odontológica aliado ao envolvimento de trabalhadores da saúde odontológica levou à publicação da Portaria n. 1.444/2000, que definiu a inclusão da saúde bucal na ESF. Esta inclusão foi posteriormente detalhada pela Portaria n. 267/2001, intitulada Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, a qual define os objetivos e as bases para reorientação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF), esclarece as atribuições dos profissionais da equipe (cirurgião-dentista, técnico em higiene dental, auxiliar de consultório odontológico), além de definir o financiamento das equipes e os equipamentos e instrumentais mínimos para assistência.

Em 2006, através da Portaria n. 648, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da atenção básica do PSF e do PACS. Esta portaria incluiu a saúde bucal na política de atenção básica de forma explícita, aproximando a saúde bucal coletiva de uma prática mais vinculada ao trabalho em equipe multidisciplinar.

Desde o ano de 1996 a integralidade já estava explicitada no relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde, segundo o qual, o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde devem implantar ações de Atenção Integral à Saúde Bucal, garantindo o acesso da população de todas as faixas etárias à integralidade das ações que visam à promoção, preservação, manutenção, correção e reabilitação, inclusive os serviços mais complexos e especializados, respeitando as necessidades locais.

Contudo, é bastante frequente o fenômeno de expansão da oferta de serviços sem planejamento e programação das atividades. O ímpeto de implantar essas estratégias com rapidez e a falta de normatização programática têm levado os gestores a incorporar as Equipes de Saúde Bucal (ESB) pautados no ensaísmo programático ou na ausência de programação (Zanetti, 2000).

Apesar de a proposta ser de reorganização, o que tem ocorrido é a expansão do serviço operada mediante atendimento de livre demanda, na distribuição de lotes diários de fichas de atendimento. A prática profissional ainda continua amarrada a uma demanda reprimida crescente de atendimento cirúrgico-restaurador, sem perceber melhorias nas condições de saúde da sua comunidade.

A mera incorporação das ESB ao PSF, sem a adaptação da proposta à realidade local, torna-a uma ação verticalizada. Como numa encruzilhada, a inclusão da Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família pode vir a representar a possibilidade real e histórica de se instituir um novo paradigma de Planejamento e Programação da Atenção Básica, como também pode estimular a expansão não sustentável da oferta de serviços (Zanetti CHG, 2000)

Historicamente, a prestação de serviços de saúde bucal no Brasil tem sido de baixa complexidade, com acesso restrito ao tratamento, predominantemente limitado a ações curativas e mutiladoras. As experiências com tratamentos preventivos, por seu lado, se dão de forma isolada e essas atividades são voltadas, principalmente, à população escolar, com reduzida realização de procedimentos de média e alta complexidade em saúde bucal (Ministério da Saúde, 2006).

A mutilação dos indivíduos provocada pelas extrações dentárias crescentes a partir da adolescência e as dificuldades na reabilitação foram os maiores problemas constatados neste estudo, evocando a necessidade de reflexão sobre as práticas odontológicas executadas nos serviços, sua lógica curativista, tecnocentrada e de baixo impacto social (Rio Grande do Sul, 2004).

O resultado dessa prática pode também ser conferido no levantamento de saúde bucal da população brasileira (SB Brasil 2003), no qual se configurou o perfil da saúde bucal na população do RS, considerando-se a cárie dentária, a doença periodontal, a má conclusão, as perdas dentárias e o conseqüente uso e necessidade de prótese como os problemas que mais afetam a saúde bucal da população.

O objetivo deste estudo foi caracterizar o modelo de atenção à saúde bucal do município de São Francisco de Paula, utilizando a metodologia proposta por BARROS e CHAVES (2003).

2 REVISÃO TEÓRICA

Scatena e Volpato (2006) avaliaram a política de saúde bucal do município de Cuiabá, capital do estado do Mato Grosso, de 1995 a 2002, a partir do banco de dados do SIA-SUS. Observaram uma tendência de elevação da produção e gastos no período de 1996 a 2000, especialmente de procedimentos especializados, seguido de uma queda no número de procedimentos odontológicos realizados no biênio seguinte, principalmente dos procedimentos básicos.

A explicação encontrada para esses eventos foi que a Secretaria Municipal de Saúde priorizou outros setores da atenção básica em detrimento da saúde bucal no período de 2000 a 2002, e a Coordenadoria de Saúde Bucal pode ter priorizado os atendimentos da clínica odontológica, com ênfase na atenção especializada. Segundo os autores, o SIA-SUS mostrou-se uma importante ferramenta na avaliação da política de saúde bucal nos níveis municipal, estadual e federal, especialmente quando associado a outras fontes documentais.

Também empregando dados do SIA-SUS, Chaves e Barros (2003) analisaram o processo de reorganização das ações de saúde, objetivando subsidiar uma proposta metodológica de avaliação da atenção odontológica de municípios brasileiros. Para isso, foi construída uma série histórica de 1995 a 2001 da produção ambulatorial de dois municípios do Estado da Bahia (municípios A e B), sendo os procedimentos registrados classificados em consulta odontológica, procedimentos coletivos, preventivos individuais, restauradores, cirúrgicos e periodontais.

Neste caso, ocorreu um aumento geral da produção ambulatorial odontológica para ambos os municípios, bem como um incremento dos procedimentos coletivos na população entre cinco e 14 anos. O município B apresentou maior ênfase nos procedimentos coletivos, quando comparado ao município A, onde se verificou existir um modelo mais centrado em ações curativas. Observou-se também que havia uma irregularidade na alimentação dos dados de procedimentos coletivos, indicando a necessidade de padronização no registro destes.

As autoras salientam o fato de que o registro elevado de procedimentos coletivos nem sempre corresponde à definição referida nos manuais do SIA-SUS, podendo ocorrer uma superestimação nestes números. Destacam ainda as

limitações do SIA-SUS, relatando que os dados desse sistema são relativos aos procedimentos realizados, limitando a análise da utilização dos serviços e não permitindo um levantamento de perfis de morbidade.

Com o objetivo de discutir as relações entre a descentralização das ações de saúde no Brasil e as características da atenção à saúde bucal, Chaves e Silva (2007) realizaram um estudo comparando dois municípios do Estado da Bahia (municípios C e E), em diferentes graus de implantação da gestão descentralizada do SUS. As autoras buscaram as informações através de entrevistas semi-estruturadas, da observação das práticas de saúde bucal, e análise de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde.

O município C, classificado como em estágio avançado de descentralização, apresentou padrão intermediário de implantação de ações de saúde bucal. Enquanto o município E, em estágio incipiente em relação à descentralização, também se mostrou incipiente no que se refere aos serviços públicos odontológicos.

Esse estudo revelou que, nos municípios estudados, a descentralização não foi acompanhada de melhorias na capacidade de gestão dos serviços odontológicos, apesar do aumento no repasse de recursos financeiros para esta área. Mas a existência de um projeto de reorganização das práticas de saúde, de capacidade técnica e de governabilidade para implementá-la, constituíram-se em aspectos favoráveis que podem ter influenciado no melhor desempenho observado no que tange às ações específicas de saúde bucal.

Também com o objetivo de avaliar as repercussões da descentralização das ações de saúde, Scatena e Tanaka (2000) utilizaram o sistema de informação ambulatorial e o sistema de informações hospitalares para estudar 16 municípios do estado do Mato Grosso. Dentre as conclusões do trabalho encontra-se que “Embora os dados providos por alguns sistemas de informação em saúde (principalmente SIM, SINASC e SINAN) venham gradualmente sendo incorporados por muitos municípios no planejamento anual e plurianual ou em programações específicas (vigilância epidemiológica, imunização, saúde materno-infantil, etc.), o mesmo não tem se dado com o SIA-SUS e SIH-SUS.

Já Martelli et al. (2008) analisaram o modelo de atenção à saúde bucal em nove municípios do estado de Pernambuco, a partir do relato dos seus coordenadores de saúde bucal. Os autores executaram uma entrevista semi-estruturada com cada um dos coordenadores sobre o modelo de saúde bucal

adotado pelo município, suas atividades como coordenador, formação e práticas desenvolvidas pelo cirurgião-dentista inserido na Equipe de Saúde da Família, procedimentos de atenção básica e rede de referência e contra-referência. Utilizando uma metodologia qualitativa para avaliar os dados obtidos nas entrevistas, foi criada uma matriz de qualificação dos municípios, em que os mesmos foram classificados de acordo com o perfil dos profissionais e das ações e serviços oferecidos.

Os resultados mostraram que dos municípios analisados, três enquadram-se na categoria “estruturado”, cinco na categoria “semi-estruturado” e apenas um como “não-estruturado”, demonstrando que a maioria dos municípios apresenta dificuldades principalmente nas questões relacionadas à incorporação de novas práticas assistenciais e à qualificação profissional dos cirurgiões-dentistas e dos coordenadores de saúde bucal.

Almeida e Ferreira (2008) realizaram uma pesquisa para conhecer as práticas preventivas e educativas em saúde bucal realizadas pelos dentistas do Programa Saúde da Família de Natal, Rio Grande do Norte. Através de entrevistas estruturadas com os cirurgiões-dentistas, constatou-se que as atividades individuais de orientação de higiene bucal e de aplicação tópica de flúor, entre todos os entrevistados, corresponderam a 87,5% e 95%, respectivamente. Em âmbito coletivo, todos que atuavam nas escolas (91,2%) realizavam aplicação tópica de flúor, enquanto 86,2% desenvolviam ações educativas.

Já a análise documental executada a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS e do Sistema de Informação de Atenção Básica demonstrou que as atividades preventivas representaram 41% do total de procedimentos. Dentre essas, aplicação tópica de flúor gel por sessão correspondeu a 24,4% e escovação supervisionada, a 31%. Quanto às atividades educativas, 57,4% realizaram-se no estabelecimento de saúde e 42,6%, na comunidade. Almeida e Ferreira concluíram que as práticas preventivas direcionam-se à cárie dentária, com maior atenção aos escolares, sendo necessária ampliação para diferentes problemas bucais, grupos e espaços sociais.

Linhares (2009) caracterizou o modelo de atenção à saúde bucal em Porto Alegre (RS), a partir de informações obtidas no banco de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), segundo procedimentos realizados por nível de atenção (preventivos e curativos) e complexidade (básicos e especializados), no período 2000-2007. Observou que os

procedimentos preventivos representaram 60,2% da produção ambulatorial do período avaliado, enquanto os procedimentos básicos representam 87,8%. Houve um aumento de 1031% na realização de procedimentos relacionados a próteses dentárias e de 153% nos tratamentos endodônticos, ao mesmo tempo em que ocorreu uma redução de 48% na produção de procedimentos cirúrgicos básicos. Linhares ressalta que a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre não dispunha de dados referentes à saúde bucal no município, pois inexistia, no dado momento, uma coordenação de saúde bucal, sendo que os relatórios anuais de gestão da Secretaria, que dispõem de informações acerca da saúde bucal, estão publicados somente até o ano de 2003. Linhares ainda conclui que o Sistema de Informações Ambulatoriais mostrou-se uma importante ferramenta na avaliação das políticas de saúde bucal nos níveis municipal, estadual e nacional, fornecendo, aos gestores, um material indispensável para a tomada de decisão: finalidade de qualquer sistema de informações.

Levando em consideração a necessidade de que cada vez mais nos apropriarmos das ferramentas de planejamento e, por consequência, de análise, este estudo objetiva, com base nos dados da produção ambulatorial registrados no SIA-SUS, caracterizar o modelo de atenção à saúde bucal do município de São Francisco de Paula (RS).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Caracterizar o modelo de atenção à saúde bucal do município de São Francisco de Paula (RS), 2000 a 2007.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever a produção ambulatorial registrada no SIA-SUS para o município de São Francisco de Paula (RS), no período de 2000 a 2007,
- Sistematizar os procedimentos realizados por nível de atenção: preventivos e curativos.

4 MÉTODOS

Foi replicada a metodologia proposta por BARROS e CHAVES (2003) em “*A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal*”. Porém, não foi mantido o recorte etário eleito no citado estudo para avaliar atividades coletivas.

Realizou-se a seleção, o levantamento, a organização e análise de dados secundários de produção ambulatorial em saúde bucal do município de São Francisco de Paula (RS), com base na fonte de dados do SIA-SUS, no banco de dados do Ministério da Saúde – o DATASUS –, no site <http://www.datasus.gov.br>.

O levantamento cobriu a produção da totalidade da rede ambulatorial existente e implantada no município no período de 2000 a 2007.

Para os cálculos, foi considerada a totalidade da população residente no município em cada ano, segundo os levantamentos censitários e as estimativas populacionais realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Para fins de avaliação de ênfase em determinado tipo de ação, os procedimentos odontológicos foram classificados em seis grandes grupos, conforme a tabela de procedimentos ambulatoriais do SIA-SUS:

1. Consulta odontológica – refere-se ao primeiro exame do paciente com finalidade de diagnóstico e/ ou plano de tratamento, caracterizando de alguma forma o acesso ao sistema (uma consulta por ano e por paciente).

2. Procedimentos coletivos – conjunto de procedimentos de promoção e prevenção em saúde bucal, de baixa complexidade, dispensando equipamentos odontológicos e incluindo: levantamento epidemiológico; grupo de educação em saúde; e atividades profissionais com flúor e higiene bucal supervisionada, devendo ser registrado um procedimento por criança/indivíduo no mês, realizadas, no mínimo, a cada três meses. Prática comumente realizada em escolas, mas podendo se estender a outros grupos específicos e em comunidade.

3. Procedimentos Preventivos Individuais – neste item, foram agrupados: aplicação tópica de flúor; aplicação de cariostático ou selante; controle de placa bacteriana; e escariação. O aumento nesse grupo significaria uma maior ênfase da gestão nos aspectos relacionados à prática preventiva, realizada individualmente.

4. Procedimentos restauradores – capeamento pulpar direto e indireto; selamento de cavidade com cimento provisório; restaurações de compósito, silicato, resina fotopolimerizável, amálgama ou cimento de ionômero de vidro; e restauração a pino em dentes decíduos ou permanentes.

5. Procedimentos cirúrgicos – exodontia de dente permanente ou decíduo; remoção de resto radicular; frenectomia; ulotomia; tratamento de hemorragia; tratamento conservador de osteomielite; curetagem periapical; e pulpotomia.

6. Procedimentos periodontais – procedimentos de raspagem, alisamento e polimento coronário ou radicular; curetagem subgingival; gengivectomia; e tratamento periodontal em situação de emergência.

Os procedimentos de média complexidade ou da atenção básica ampliada, segundo a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 01/2001, não foram incluídos por se tratar de municípios ainda habilitados na NOB-SUS 1996 (Ministério da saúde NOB SUS, 1996)

Os dados foram organizados numa série histórica para avaliar a ênfase em cada tipo de procedimento, buscando-se caracterizar os modelos de atenção em saúde bucal no município.

Para o cálculo dos procedimentos coletivos por habitante/ano, a quantidade aprovada de procedimentos coletivos (código 0301101-1 do SIA-SUS) de um ano foi dividida pelo total da população, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para o mesmo ano, no município em questão. O cálculo dos procedimentos ambulatoriais por habitante/ano seguiu a mesma fórmula, sendo o numerador o total de procedimentos odontológicos aprovados no ano, exceto os procedimentos coletivos; e no denominador, o total de habitantes daquele ano.

O indicador *Proporção de exodontias em relação às ações básicas individuais* foi calculado através da fórmula: Número total de exodontias de dentes permanentes (Código do SIA/SUS: 03.041.02-6) realizadas em determinado local e período/total de ações básicas individuais em odontologia realizadas em determinado local e período x 100.

Quanto à cobertura da primeira consulta (Código do SIA/SUS: 03.021.01-7) o método de cálculo foi o proposto na portaria 1.121 é: Número total de primeiras consultas odontológicas realizadas em determinado local e período/População no mesmo local e período x 100.

Para avaliar a participação de cada tipo de procedimento no total de procedimentos odontológicos, também foi calculado o número de procedimentos/habitante/ano para cada tipo de procedimento, considerando como parâmetro mínimo um procedimento ambulatorial/habitante/ano. Para os procedimentos coletivos, o parâmetro foi estabelecido considerando a descrição do Procedimento Coletivo na tabela de procedimentos do SIA-SUS, segundo a qual as ações de educação em saúde e higiene bucal supervisionada devem ser realizadas, no mínimo, a cada três meses ao longo do ano (quatro por ano)

O parâmetro usado para avaliar a produção de procedimentos ambulatoriais, foi sugerido dentro do intervalo proposto pela portaria do Ministério da Saúde GM/MS no 1.101/02 (0,5 a 2,0 procedimentos/habitante/ano) (Brasil, Ministério da saúde, 2002).

Para sistematizar os procedimentos realizados por nível de atenção (preventivos e curativos) foi feita a seguinte categorização:

- Preventivos: procedimentos preventivos individuais e procedimentos coletivos
- Curativos: procedimentos restauradores, procedimentos cirúrgicos e procedimentos periodontais.

Ainda que empregando apenas dados secundários, de domínio público e livre acesso on line, o projeto foi encaminhado para registro junto ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – protocolo nº 18021.

5 RESULTADOS

A produção ambulatorial de saúde bucal no Município de São Francisco de Paula, segundo dados do SIA-SUS e organizada por categoria de procedimentos, encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1: Produção ambulatorial (número de atendimentos autorizados) em saúde bucal, no município de São Francisco de Paula/RS, 2000-2007.

	Número de procedimentos / ano								
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Consulta Odontológica	2077	1729	1996	2047	1799	2225	2460	3289	17922
Preventivos Individuais	1112	1560	1910	1730	1031	1014	1178	1455	11107
Restauradores	1015	1108	1000	1280	1172	1674	1884	2003	11365
Cirúrgicos	1770	1466	1432	1597	1107	1636	2023	2193	13493
Periodontais	100	171	235	248	185	351	501	567	2365
Total de Procedimentos ambulatoriais	6074	6034	6573	6902	5294	6900	8046	9507	56252
Procedimentos Coletivos	0	493	179	1062	1382	2398	250	0	5764

A partir dos dados retirados da tabela 1 foi realizada a soma do total da produção (procedimentos ambulatoriais e procedimentos coletivos) em cada ano. A variação da produção pode ser observada no Gráfico 1.

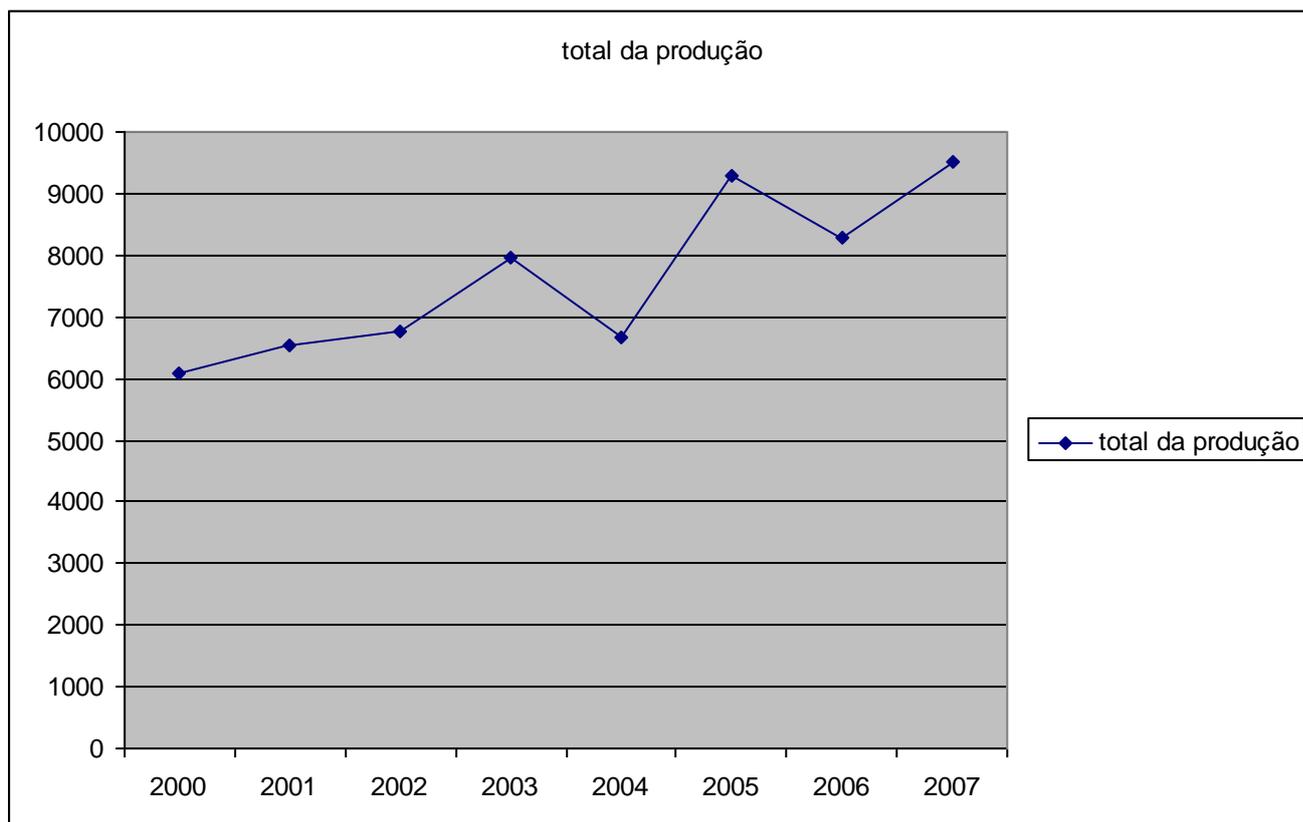


Gráfico 1: Total da produção (procedimentos ambulatoriais e procedimentos coletivos) para o município de São Francisco de Paula/RS, 2000-2007.

No gráfico 1 pode-se observar uma expansão da oferta de serviços, que foi de 6.074 procedimento/habitante/ano em 2000 para 9.507 em 2007 totalizando um crescimento de 56,51%. Ocorreu queda apenas nos anos 2004 e 2006, sendo que em 2006 a queda foi decorrente exclusivamente da diminuição dos procedimentos coletivos (89,6% de redução), tendo os demais procedimentos apresentado aumento em sua produção.

Nesse estudo são categorizados como procedimentos preventivos os procedimentos coletivos e os procedimentos preventivos individuais, e como curativos os procedimentos restauradores, os procedimentos cirúrgicos e os procedimentos periodontais. Os gráficos 2 e 3 mostram o comportamento entre esses dois tipos de categorias na serie histórica.

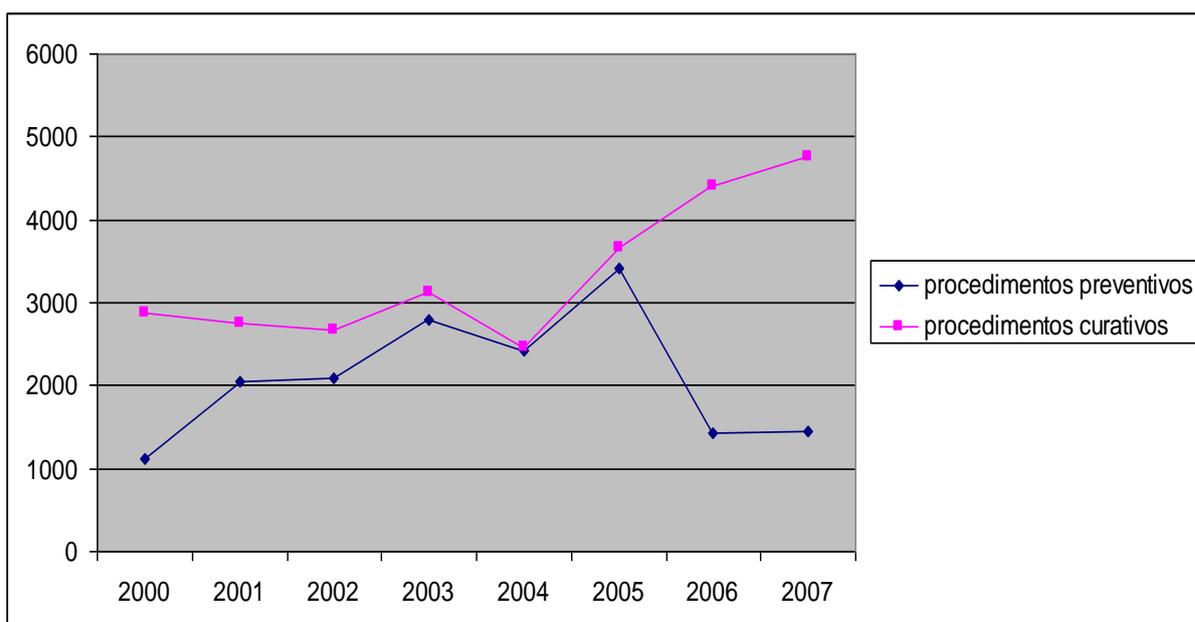


Gráfico 2- Total da produção, sistematizada segundo procedimentos curativos e procedimentos preventivos, município de São Francisco de Paula/RS, 2000-2007.

De 2000 a 2001 a produção de procedimentos preventivos cresceu 84,62% enquanto a produção de procedimentos curativos diminuiu 4,85%. A partir de 2001 até 2005, a variação na produção de procedimentos preventivos acompanha a mesma tendência de variação da produção de procedimentos curativos, chegando a praticamente se igualarem em 2004: 49,5% preventivos e 50,5% curativos. De 2005 a 2007 ocorre um distanciamento e a produção de procedimentos preventivos cai 57,4% enquanto a produção de procedimentos curativos sobe 30,10%.

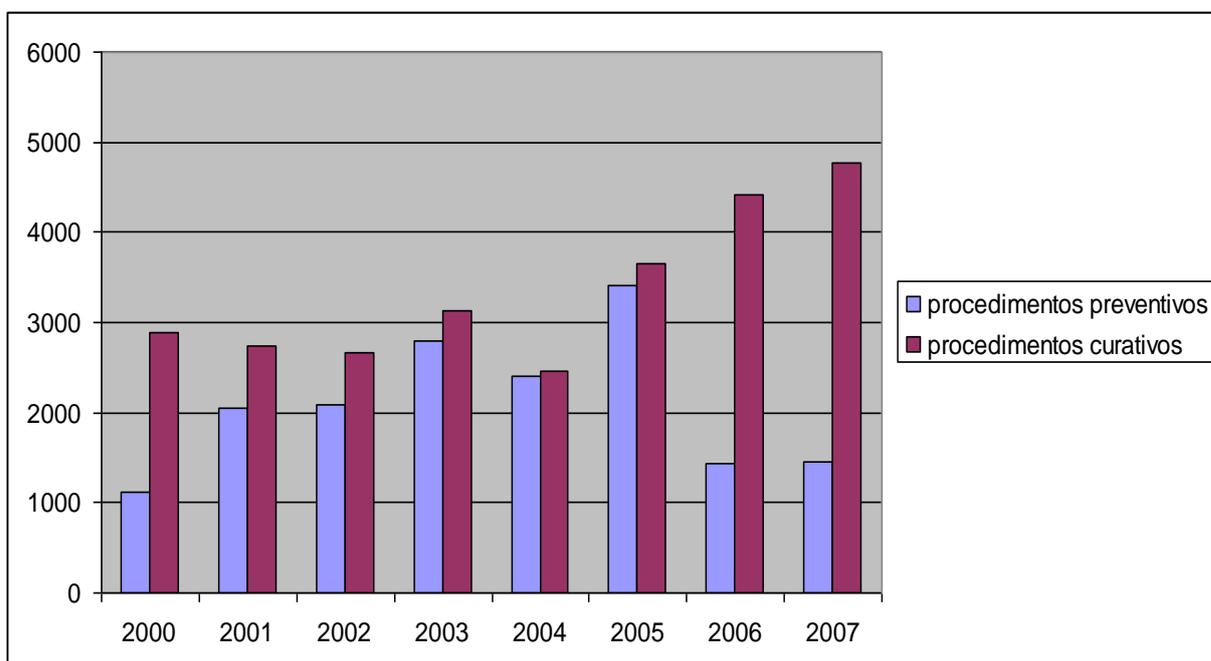


Gráfico 3- Total da produção, sistematizada segundo procedimentos curativos e preventivos município de São Francisco de Paula/RS, 2000-2007.

Tabela 2- Distribuição em percentuais da produção categorizada entre procedimentos curativos e procedimentos preventivos.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Procedimentos Preventivos	27,8	42,8	43,9	47,2	49,5	48,2	24,5	23,4
Procedimentos Curativos	72,2	57,2	56,1	52,8	50,5	51,8	75,5	76,6

A produção de procedimentos preventivos totalizou 38,5% da produção total ao longo da série histórica, sendo os demais 61,5% referentes à produção de procedimentos curativos.

A produção ambulatorial dividida pelo número de habitantes residentes no município e distribuída em uma série histórica (2000-2007) encontra-se no Gráfico 4.

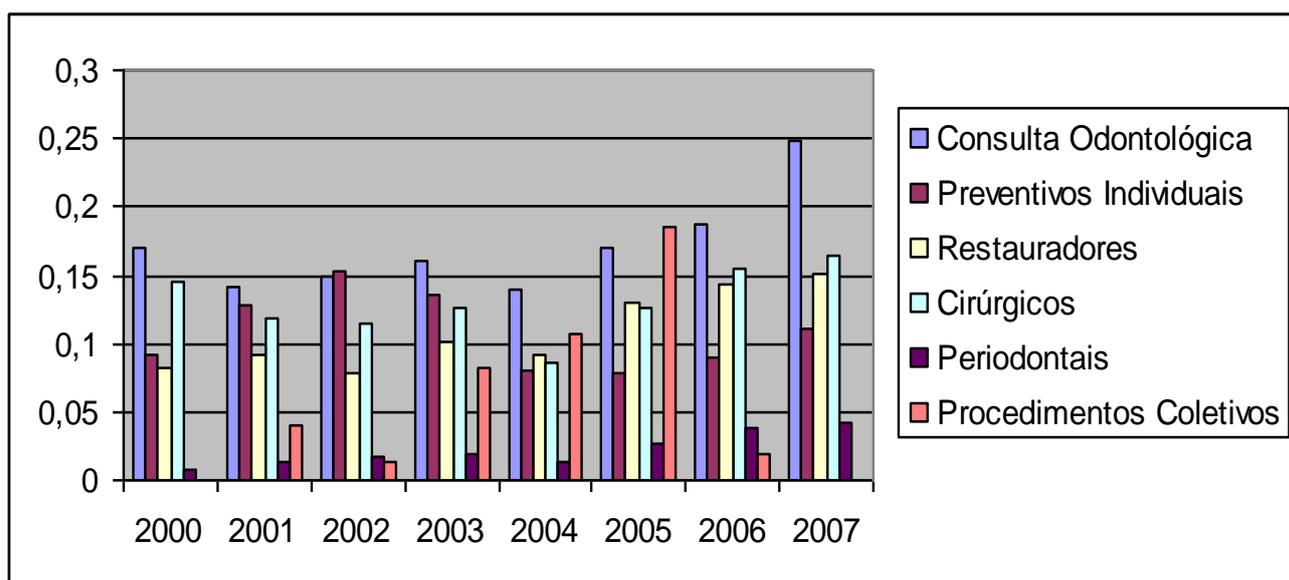


Gráfico 4- Produção ambulatorial (número de atendimentos) em saúde bucal/habitante, no município de São Francisco de Paula/RS, 2000-2007

No ano de 2001 a produção ambulatorial ficou em 0,49 procedimentos por habitante e em 2004 ficou em 0,41 procedimentos por habitante, sendo os únicos anos em que a produção ficou abaixo do parâmetro sugerido pelo MS: intervalo de 0,5 a 2,0 procedimentos/habitante/ano (Brasil, Ministério da Saúde, 2002).

A quantidade aprovada de primeira consulta odontológica dividida pelo número de habitantes residentes no município em cada período, na base cem, em uma série histórica (2000-2007), encontra-se no Gráfico 5.

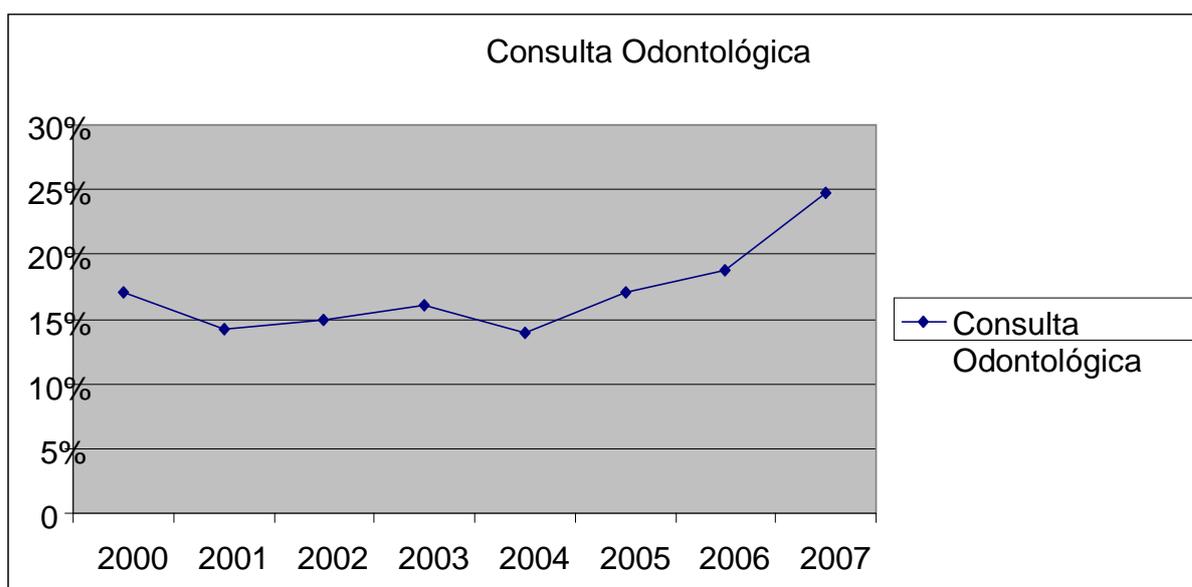


Gráfico 5- Quantidade aprovada de primeira consulta odontológica / habitante / ano X 100 2000-2007

A análise do Gráfico 5 aponta que a cobertura da primeira consulta odontológica teve queda apenas nos anos 2001 e 2004, apresentando ao longo da série histórica uma tendência à expansão da oferta desse serviço. De 2000 a 2007 a expansão foi de 46,5%. O maior valor apresentado foi de 24,8% e é referente ao ano de 2007.

Esse indicador está relacionado ao acesso aos serviços odontológicos por parte da população e influencia outros indicadores, como, por exemplo, a *proporção de exodontia em relação às ações básicas individuais*. A relação entre esses dois indicadores é inversa e pode ser observada comparando os Gráficos 5 e 6.

O indicador *Proporção de exodontias em relação às ações básicas individuais* reflete, de forma percentual, a proporção das exodontias de dentes permanentes em relação às demais ações básicas individuais em odontologia e pode ser analisado através do Gráfico 6.

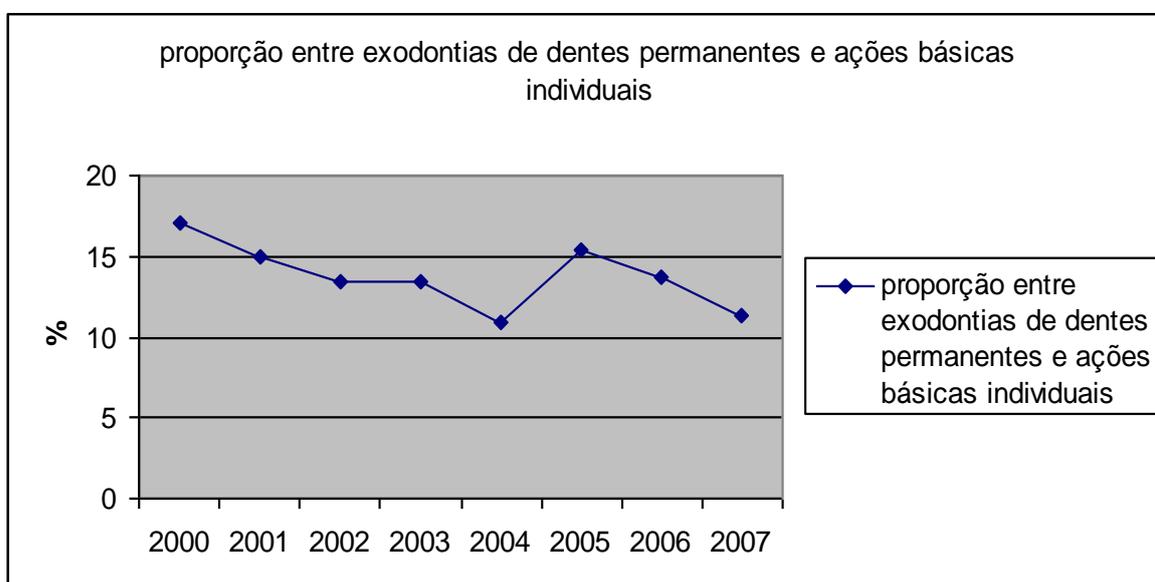


Gráfico 6: proporção entre exodontias de dentes permanentes e ações básicas individuais, 2000-2007

A sequência histórica expressa uma tendência à queda da proporção entre exodontia de dentes permanentes e demais ações básicas individuais, com aumento apenas em 2005 (39,6% de aumento). De 2000 a 2004 a proporção diminuiu 35% e de 2005 a 2007 diminuiu 27%. Esse indicador expressa que as demais ações de saúde bucal estão repercutindo de maneira a prevenir a mutilação representada por extrações de dentes permanentes e está relacionada ao aumento do acesso aos serviços de saúde odontológico (que pode ser medido pelo indicador *primeira consulta odontológica*).

Ao todo, de 2000 a 2007 a redução na proporção entre extrações e ações básicas individuais foi 33% e o aumento da oferta de primeira consulta odontológica foi 46,5%, demonstrando a vinculação entre esses indicadores.

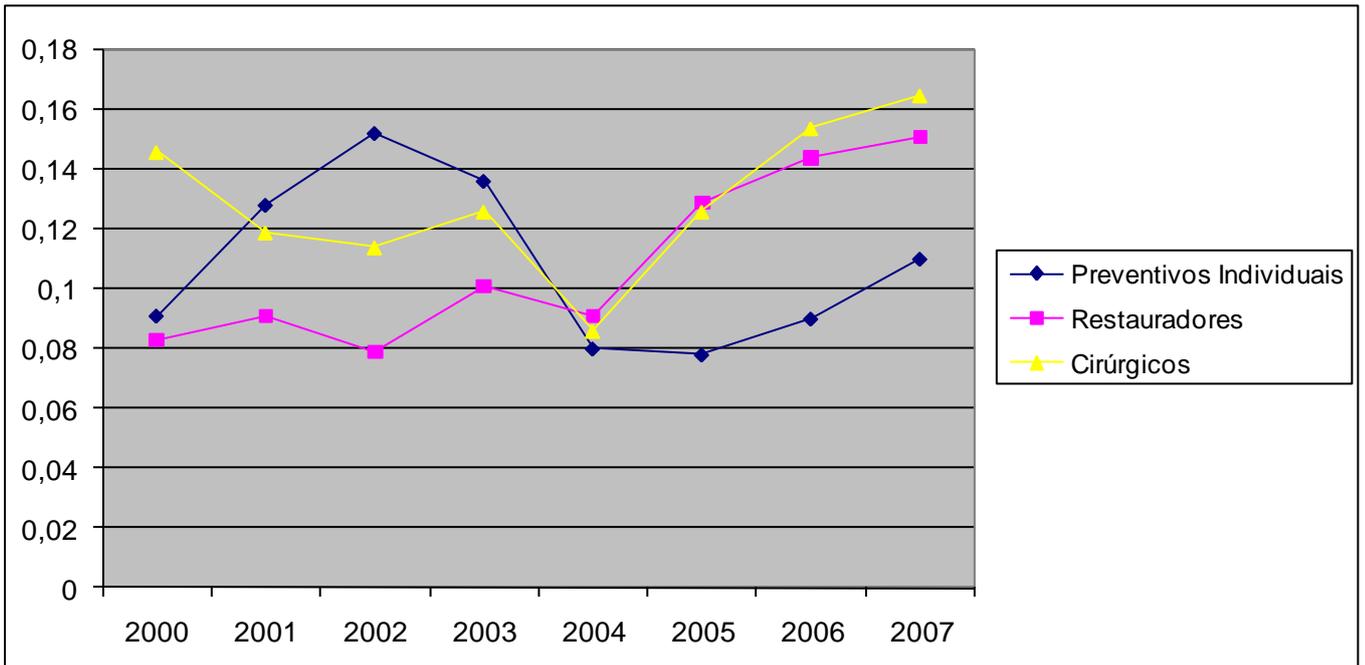


Gráfico 7- Produção de procedimentos preventivos individuais em relação a produção de procedimentos restauradores e cirúrgicos

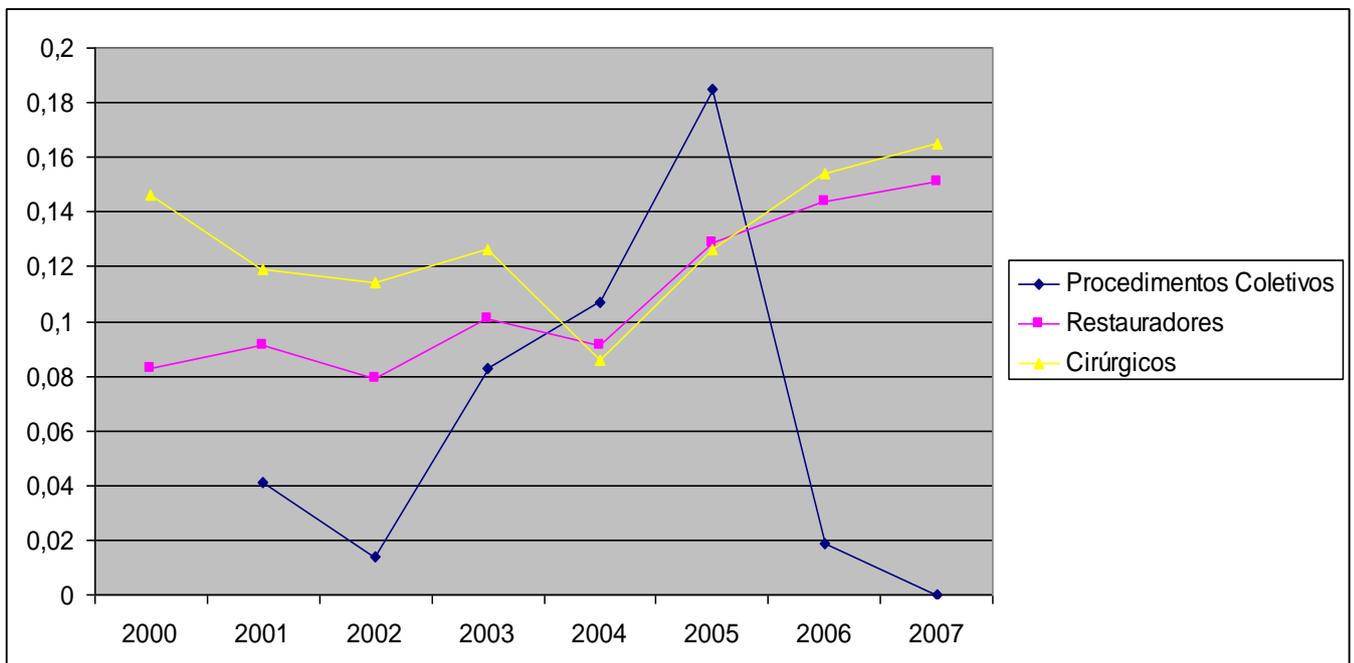


Gráfico 8- Produção de procedimentos coletivos em relação a produção de procedimentos restauradores e cirúrgicos

Pela análise dos gráficos 7 e 8 pode-se perceber que os procedimentos preventivos individuais exerceram maior influência do que os procedimentos

coletivos no que diz respeito a quantidade de procedimentos restauradores e cirúrgicos. No gráfico 7 é possível notar a inversão que ocorre de 2000 a 2002: enquanto a produção de preventivos individuais aumenta, a produção de procedimentos restauradores e cirúrgicos diminui. Depois, de 2005 a 2007, apesar de ambas produções estarem ascendentes, quanto mais a curva dos preventivos individuais aproxima-se do eixo das ordenadas mais a curva dos restauradores e cirúrgicos se aproxima do eixo das abcissas. O mesmo não se pode dizer dos procedimentos coletivo, visto que não expressou um comportamento uniforme, tendo variações muito discrepantes de um ano ao outro.

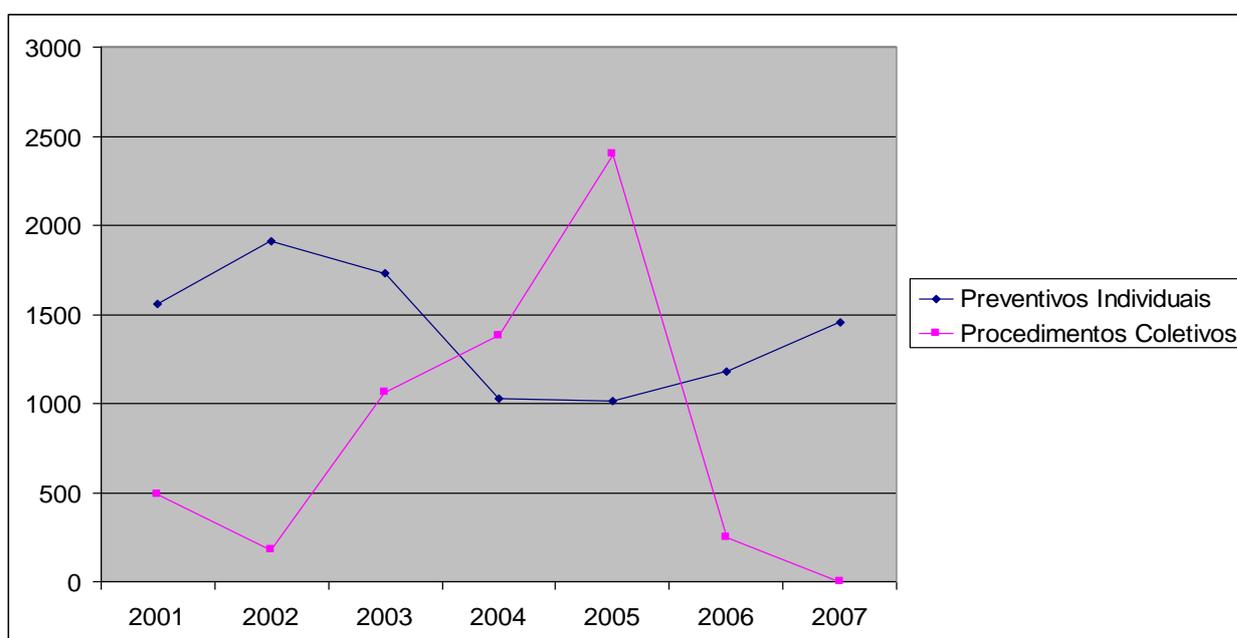


Gráfico 9: Produção de procedimentos preventivos individuais x produção de procedimentos coletivos

No gráfico 9 é possível notar o comportamento antagônico entre a produção de procedimentos coletivos e a de procedimentos preventivos individuais: de 2001 a

2002 a produção de procedimentos preventivos individuais cresceu 22,43% ao passo que a produção de procedimentos coletivos diminuiu 63,7%. De 2002 a 2005 os procedimentos preventivos individuais diminuíram em 46,9 % enquanto os coletivos subiram 1.239,7%. De 2005 a 2007 os coletivos reduziram até zerar e os preventivos individuais subiram 43,5%

Para traçar um paralelo entre o total de procedimentos ambulatoriais e o total de procedimentos coletivos, o ano 2000 foi excluído, pois ainda não havia alimentação de dados para Procedimentos Coletivos nesse período no município em questão.

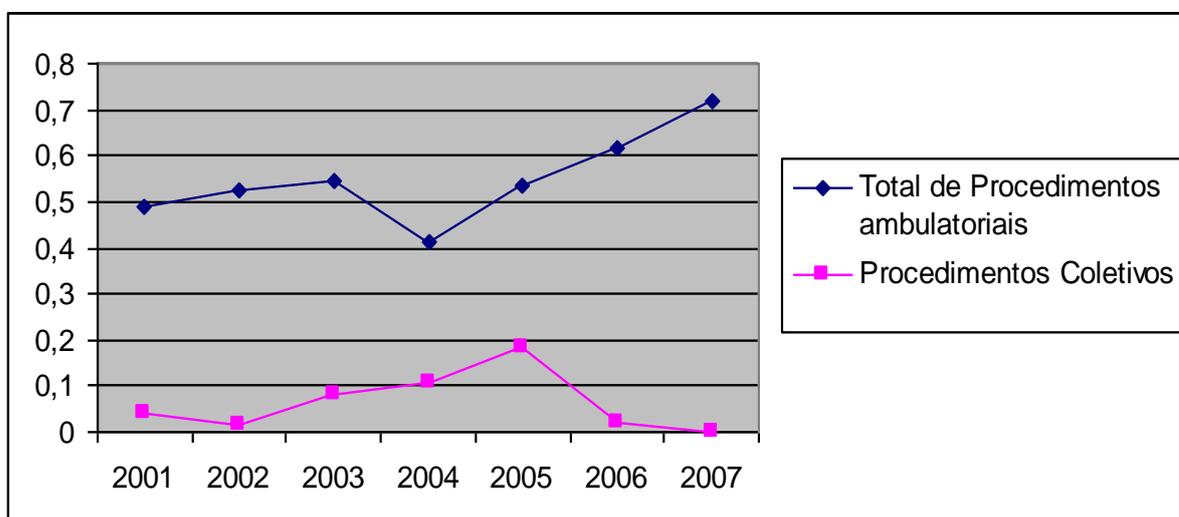


Gráfico 10- Total de procedimentos ambulatoriais x procedimentos coletivos, 2001 2007

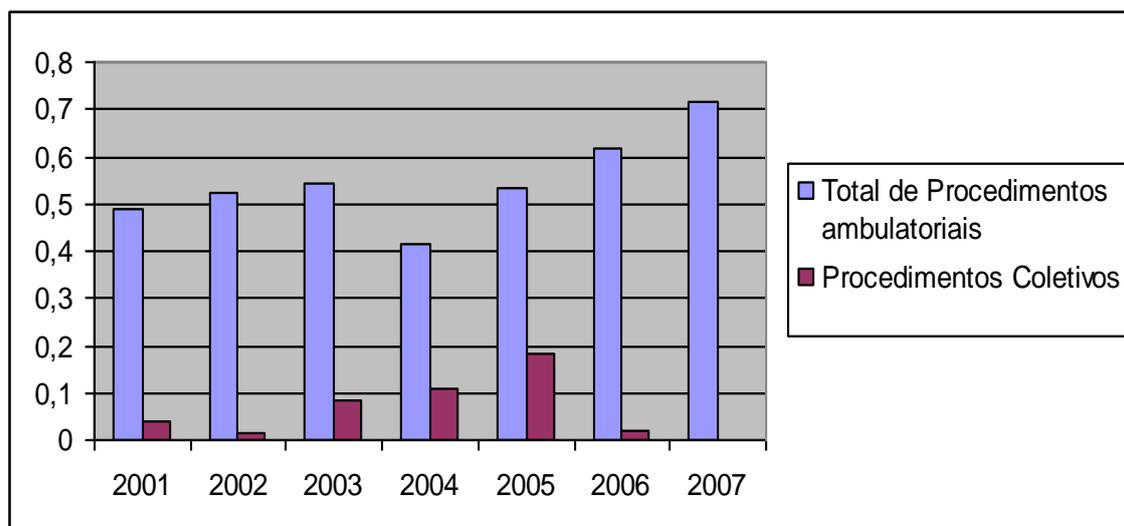


Gráfico 11 Total de procedimentos ambulatoriais x procedimentos coletivos, 2001-2007

Tabela 3: proporção em valores percentuais entre procedimentos ambulatoriais e procedimentos coletivos

ano	Procedimentos ambulatoriais (%)	Procedimentos coletivos(%)
2001	92,5	7,5
2002	97,4	2,7
2003	86,6	13,4
2004	79,3	20,7
2005	74,2	25,8
2006	97	3,0
2007	100	0

Pela análise dos gráficos 10 e 11 da tabela 3 é possível notar que mesmo com as oscilações no registro de procedimentos coletivos a participação destes no total da produção foi baixa, ganhando maior dimensão apenas nos anos 2004 (20,7%) e 2005 (25,8%). Esses dados refletem uma baixa valorização dada aos procedimentos coletivos, que representam uma estratégia de otimizar o tempo da equipe de saúde bucal, além de propiciar um contato maior entre diferentes atores sociais.

Discussão

O Pacto da Atenção Básica 2002 estabelece três indicadores de saúde bucal (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siabpacto2002/pacdescr.htm>):

1) a cobertura da primeira consulta odontológica, que está relacionado à tentativa de ampliar o acesso aos serviços odontológicos

2) a razão entre os procedimentos coletivos e a população de 0-14 anos, que representa intenção de aumentar a cobertura e realização dos procedimentos coletivos nos municípios

3) a proporção entre as exodontias e as ações básicas individuais, que visa incentivar ações menos mutiladoras.

No que diz respeito ao primeiro indicador a produção de 2000 a 2007 experimentou um crescimento de 56,51%. Essa expansão da produção pode estar relacionada à política nacional de saúde bucal. O programa Brasil Sorridente é um dos pilares desta política e é descrito por PUCCA (2005):

Apesar de ter sido lançado há pouco mais de um ano, os primeiros resultados do Brasil Sorridente já podem ser percebidos em diversas frentes de atuação. Hoje já são mais de 10 mil equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família. No período entre dezembro de 2002 e maio de 2005, o número de equipes cresceu 141,3%, passando de 4.261 para 10.285. Com esse aumento, cresceu também o número de municípios atendidos. Em 2002 eram 2.302 localidades; hoje já são 3.436. Assim, o Ministério da Saúde aumentou de 26 milhões para quase 53 milhões o tamanho da população adstrita pelas equipes de saúde bucal.

Quanto ao segundo indicador, é importante ressaltar que existem diferentes interpretações entre os profissionais da área quanto ao correto registro dos procedimentos coletivos no SIA/SUS. Segundo a Portaria SAS nº 95/2006 do Ministério da Saúde, estes procedimentos devem ser registrados mensalmente conforme a quantidade de pessoas acompanhadas e não pela quantidade de procedimentos realizados por grupos. Esse fato torna esse indicador ainda não confiável, contudo,

2004 foi o ano em que a proporção entre procedimentos ambulatoriais ficou mais equânime e isso ocorreu devido não apenas ao aumento de 28,9% da produção de procedimentos coletivos em relação ao ano de 2003, mas também à uma diminuição de 24,08% da produção ambulatorial em relação ao mesmo ano.

Já do ano de 2004 para o ano de 2005 o aumento foi para ambas produções: 72,8% de aumento nos procedimentos coletivos e 29% de aumento nos procedimentos ambulatoriais. Esses dados demonstram que o aumento da produção de procedimentos coletivos não acarreta necessariamente diminuição da produção ambulatorial (como aconteceu de 2003 para 2004).

Em relação ao terceiro indicador, o único ano em que houve aumento na proporção de exodontias de dentes permanentes foi o ano de 2005, sendo que de 2004 para 2005 esse aumento foi de 39,63%. Considerando-se que 2004 foi o único ano em que houve diminuição da produção ambulatorial (redução de 24,08%) é possível fazer a leitura de que a demanda reprimida do ano de 2004 tenha ocasionado a elevação nos procedimentos do ano de 2005.

A partir da categorização dos procedimentos entre preventivos e curativos pode-se comparar o comportamento entre esses dois grupos ao longo da série histórica. Pela análise do Gráfico 2 pode-se notar que de 2000 a 2005 a variação da produção de procedimentos preventivos acompanhou a variação na produção de procedimentos curativos, tendo ambas comportamento muito parecido.

A partir de 2006 o comportamento começa a ficar bastante díspar, sendo que pela primeira vez uma das produções cresce ao passo que a outra diminui: aumento de 30% na produção de procedimentos curativos e redução de 57% na produção de procedimentos preventivos. O declínio observado na produção de procedimentos preventivos em 2006 e em 2007 deve-se exclusivamente à diminuição na produção de procedimentos coletivos, pois a produção de procedimentos preventivos individuais que vinha decaindo desde 2002 passa a aumentar nesse período. Visto que houve redução de 89,5% de 2005 para 2006 e que em 2007 não houve registro para esse procedimento é notório que ou existe erro no registro ou não há constância nas ações coletivas.

Encontra-se um achado significativo nesse estudo: os procedimentos preventivos individuais exerceram maior influência do que os procedimentos coletivos no que diz respeito à quantidade de procedimentos tanto restauradores quanto cirúrgicos.

No que diz respeito a proporção entre procedimentos preventivos e procedimentos curativos, Linhares(2009) encontrou que em Porto Alegre, na série histórica de 2000 a 2007(mesmo período avaliado no presente estudo) a proporção ficou de 60,2% para 39,8% respectivamente. No presente estudo a proporção ficou

praticamente inversa: 61,5% de procedimentos curativos para 38,5% de procedimentos preventivos. A leitura desses dados levam a interpretar que o modelo de atenção a saúde bucal do município de Porto Alegre incentiva mais a produção de procedimentos preventivos do que curativos, ao passo que em São Francisco de Paula ocorre o inverso. Contudo, é importante lembrar que na categorização *procedimentos preventivos* estão incluídos os procedimentos coletivos, que em ambos estudos foram considerados de pouca confiabilidade.

Outro aspecto importante de ressaltar é a necessidade de definição de parâmetros nacionais para avaliar esses indicadores, o que poderia ser alcançado através da realização de um comitê de *experts*. Buscaria-se, assim, uma adequação técnico-científica e uma padronização que permitiria comparações não apenas em séries históricas de um único município, mas também traçar paralelos entre mais de um município.

Considerações finais

Para ajudar a caracterizar e aprimorar os modelos de atenção à saúde deve haver um adequado preenchimento dos instrumentos e, além disso, registro e armazenamento seguros. Outra etapa importante no fluxo de dados é a alimentação do sistema no tempo estabelecido para que haja posteriormente sua análise.

Quanto às limitações do SIA-SUS, cabe destacar que os dados desse sistema são relativos aos procedimentos realizados, limitando a análise à utilização dos serviços e não permitindo um levantamento de perfis de morbidade.

Vale lembrar que em estudos que avaliam a produção de anos anteriores a março de 1998 pode-se supor sobre-registro de procedimentos, visto que o SIA-SUS foi implantado para fins de pagamento dos procedimentos realizados, e sendo assim, quanto maior a produção de serviços, maior era o repasse. Contudo, o advento do Piso da Atenção Básica (PAB) estabeleceu um valor *per capita* para o custeio das ações e serviços da Atenção Básica e, presumivelmente, uma maior confiabilidade dos dados, visto que o registro da produção ambulatorial não mais interfere no repasse de recursos.

Faz-se necessário o treinamento dos profissionais de saúde para o correto preenchimento dos instrumentos de registro de dados de saúde, sua sensibilização sobre a importância dos sistemas de informação e de como utilizar esses dados na análise e difusão das informações; e, finalmente, a capacitação dos gestores dos serviços, profissionais de saúde e usuários para a tomada de decisões.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, Gilmara Celli Maia de; FERREIRA, Maria Ângela Fernandes. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Set 2008, vol.24, n.9, p.2131-2140.
2. BARROS, Sandra Garrido de; CHAVES, Cristina Lima. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, n.1, p. 41-51, jan./mar. 2003. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rev_epi_vol12_n1.pdf. Acesso em: 12 dez. 2008.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **A reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica**. Brasília: MS, 2001.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações de saúde**. [on line]. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. Acessado de novembro de 2009 a janeiro de 2010..
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1101, de 12 de junho de 2002. Estabelece parâmetros assistenciais do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, v.139, n.112, p.36, 13 jun. 2002. Seção 1.
6. CHAVES, Sônia Cristina Lima; SILVA, Lígia Maria Vieira da. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Maio 2007, vol.23, n..5, p.1119-1131.
7. LINHARES, Letícia L. Caracterização do modelo de atenção à saúde bucal do município de Porto Alegre (RS), utilizando o sistema de informações ambulatoriais do Sistema Único de Saúde. Trabalho de Conclusão de curso apresentado à

Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obter o título de Especialista em Saúde Pública. 2009.

8. MARTELLI, Petrônio José de Lima; CABRAL, Amanda Priscila de Santana; PIMENTEL, Fernando Castim; MACEDO, Cícera Lissandra Sá Vieira; MONTEIRO, Ive da Silva; SILVA, Shirley Florêncio da. Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. **Revista Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Out 2008, vol.13, n. 5, p.1669-1674.

9. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB SUS 96. Gestão Plena aspecto importante refere-se à qualidade (adequação técnico-científica)

10. Ministério da Saúde. SIAB: manual do Sistema de Informação da Atenção Básica. Brasília: MS; 1998.

11. Ministério da Saúde. Manual de preenchimento de instrumentação do SIA-SUS. Brasília: MS; 2002 [online] [capturado 2009 dez 05] Disponível em:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/decas/indice.mansia.htm>

12 PUCCA A. G. Jr. Ciênc. saúde coletiva vol.11 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2006 [online] [Capturado 2010 jan] Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100033

13. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Manual para sistema de informação em saúde bucal do SUS**. Porto Alegre: SES, 2007.

14. SCATENA, João Henrique G. e TANAKA, Oswaldo Yoshimi. A descentralização da saúde no Estado de Mato Grosso, Brasil: financiamento e modelo de atenção. **Revista Panamericana de Salud Publica**. 2000, v. 8, n. 4, p. 242-249.

15. Terreri ALM, Garcia WG. A Contribuição dos bancos de dados sobre desenvolvimento social e saúde para a reorganização do modelo municipal de saúde bucal. **Revista Brasileira de Odontologia e Saúde Coletiva** 2001; 2: 25-33.

16. VOLPATO, Luiz Evaristo Ricci; SCATENA, João Henrique. Análise da política de saúde bucal de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, a partir do banco de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 2, p. 47-55, abr./jun. 2006. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_vol15_n2.pdf. Acesso em: nov. 2009.

17. Zanetti CHG. Por um caminho sustentável para universalização da atenção básica: saúde bucal da família com equidade e integralidade. Brasília: Pólo UnB / Planaltina SUS-DF de Ensino e Pesquisa em Saúde Bucal - Departamento de Odontologia da Universidade de Brasília; 2000 [online] [capturado 2009,nov]
Disponível em:
http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo_amplo/psf_caminho.htm.

ANEXO A

A população considerada neste estudo é a população residente no município de São Francisco de Paula no período de 2000 a 2007, segundo o censo do IBGE realizado no ano de 2000 e estimativas populacionais para os anos seguintes.

Tabela 1: População residente estimada no Município de São Francisco de Paula, 2000-2007.

Fonte: IBGE, censos e estimativas, 2010.

População Residente por Ano		
Ano	População	Método
2007	13227	Estimativa
2006	13082	Estimativa
2005	12945	Estimativa
2004	12807	Estimativa
2003	12673	Estimativa
2002	12535	Estimativa
2001	12403	Estimativa
2000	12269	Censo

ANEXO B

As tabelas utilizadas na confecção dos gráficos apresentados no estudo estão elencadas a seguir:

Tabela 1 produção de Procedimentos Preventivos x produção de Procedimentos Curativos, 2000-2007

	Procedimentos Preventivos	Procedimentos Curativos
2000	1112	2885
2001	2053	2745
2002	2089	2667
2003	2792	3125
2004	2413	2464
2005	3412	3661
2006	1428	4408
2007	1455	4763

Tabela 2 produção de Procedimentos Coletivos x produção de Procedimentos Restauradores x produção de Procedimentos Cirúrgicos, 2000-2007

	Procedimentos Coletivos	Procedimentos Restauradores	Procedimentos Cirúrgicos
2000	0	8,3	14,6
2001	4,1	9,1	11,9
2002	1,4	7,9	11,4
2003	8,3	10,1	12,6
2004	10,7	9,1	8,6
2005	18,5	12,9	12,6
2006	1,9	14,4	15,4
2007	0	15,1	16,5

Tabela 3 produção de Procedimentos Coletivos x produção de Procedimentos Preventivos Individuais, 2001-2007

	Procedimentos Coletivos	Procedimentos Preventivos Individuais
2001	493	1560
2002	179	1910
2003	1062	1730
2004	1382	1031
2005	2398	1014
2006	250	1178
2007	0	1455

Tabela 4: produção de Primeira Consulta Odontológica/pop x100, 2000-2007

Primeira consulta odontológica	
2000	17,1
2001	14,2
2002	14,9
2003	16,1
2004	14
2005	17,1
2006	18,8
2007	24,8

Tabela 5: Proporção entre exodontia de dentes permanentes e demais ações básicas individuais, 2000-2007

Proporção entre exodontia dentes permanentes e ações básicas individuais	
2000	17,1
2001	15
2002	13,4
2003	13,5
2004	11
2005	15,4
2006	13,7
2007	11,4

Tabela 6: Total da produção (ambulatório e coletiva) ao longo da série histórica: 2000-2007

Total da Produção	
2000	6074
2001	6527
2002	6752
2003	7964
2004	6676
2005	9298
2006	8296
2007	9507

Tabela 7: produção de procedimentos coletivos e produção de procedimentos ambulatoriais 2000-2007

	Procedimentos Coletivos	Procedimentos Ambulatoriais
2000	0	6074
2001	493	6034
2002	179	6573
2003	1062	6902
2004	1382	5294
2005	2398	6900
2006	250	8046
2007	0	9507

ANEXO C

Tabela : código, nome e descrição dos procedimentos conforme SIA-SUS

PROCEDIMENTOS		
1. DE PREVENÇÃO COLETIVA		
CÓDIGO	NOME	DESCRIÇÃO
03.011.01-1	Procedimento Coletivo I:	Exame epidemiológico, a cada 02 anos; educação em saúde bucal , com qualquer grupo ou faixa etária; e atividades c/ flúor a cada 03 meses, incluindo evidenciação de placa, e escovação supervisionada. Registra-se um PC I a cada paciente.
04.011.03-1	Atividade Educativa com Grupo na Unidade Básica de Saúde:	Sobre ações de promoção e prevenção à saúde, em grupo mínimo de dez participantes e duração mínima de trinta minutos, desenvolvida nas dependências da unidade de saúde. Registra-se uma atividade educativa por palestra (apenas uma pessoa do grupo assistido assina) e não por pessoa; ex.: palestra com a ESF sobre assuntos diferentes de saúde bucal (sobre vacinação do idoso), para um grupo de trinta idosos, registra-se apenas uma atividade educativa.
04.011.02-3	Atividade Educativa com Grupo na Comunidade:	Sobre ações de promoção e prevenção à saúde, com clientela oriunda de clínicas básicas, com mínimo de dez participantes e duração mínima de trinta minutos, desenvolvida na comunidade, fora da unidade de saúde. Registra-se uma atividade educativa por palestra (apenas uma pessoa do grupo assistido assina) e não por pessoa; ex.: palestra com a ESF sobre assuntos diferentes de saúde bucal (sobre vacinação do idoso), para um grupo de trinta idosos, registra-se apenas uma atividade educativa.
2. DE DIAGNÓSTICO:		
CÓDIGO	NOME	DESCRIÇÃO
03.021.01-7	Consulta odontológica:	1ª consulta, realizada para diagnóstico, 01 vez por ano.
3. DE PREVENÇÃO INDIVIDUAL:		
CÓDIGO	NOME	DESCRIÇÃO
03.022.01-3	Aplicação terapêutica Intensa com flúor por sessão:	Flúor gel em moldeira descartável e flúor com verniz, por sessão e não por dente.
03.022.02-1	Aplicação de cariostático por dente	Por dente.
03.022.03-0	Aplicação de Selante por dente	Por dente e não por face.
03.022.04-8	Controle da placa bacteriana:	Evidenciarão da placa e escovação supervisionadas a cada 06 meses, realizado no consultório.
4. DE PERIODONTIA:		
CÓDIGO	NOME	DESCRIÇÃO
03.022.06-4	Remoção de indutos, placas e cálculos supragengivais por hemi-arcada:	Raspagem, alisamento e polimento coronário, por hemi-arcada.
03.022.07-2	Curetagem sub-gengival e polimento dentário por hemi-arcada	Raspagem e curetagem radicular, alisamento e polimento, por hemi-arcada.
03.041.07-7	Ulotomia:	Corte gengival para exposição dental, por elemento.
10.051.36-8	Ulectomia:	Remoção de “capuz” gengival para exposição dental por elemento, incluindo a sutura se necessário.
02.021.02-2	Frenectomia	Remoção de freio labial superior ou inferior, incluindo a sutura.
5. DE ENDODONTIA:		
CÓDIGO	NOME	DESCRIÇÃO

03.031.02-0	Pulpotomia + sel.:	Remoção da polpa coronária viva em dente decíduo ou permanente, incluindo o selamento provisório.
6. DE DENTÍSTICA:		
CÓDIGO	NOME	DESCRIÇÃO
03.022.05-6	Escariação por dente:	Remoção atraumática de cárie, com uso exclusivo de curetas de dentina, por dente e não por face.
03.022.08-0	Inserção e condensação de substâncias restauradoras por dente:	Restauração provisória de cavidades c/ cimento provisório por dente, c/ OZE ou IRM, por exemplo.
03.031.01-2	Capeamento pulpar direto em el. Permanente:	Proteção da exposição pulpar, desde que a cárie já tenha sido removida, em dente permanente.
03.031.03-9	Restauração à pino:	Restauração realizada com uso de retentor (pino).
03.031.04-7	Restauração com amálgama de duas ou mais faces:	Restauração de amálgama, realizada em mais de uma face do dente, quer seja contínua ou não, naquela sessão; ex.: na mesial e distal do el. 16; ou na mesio-oclusal do el. 16; ou na mesio-oclusal e vestibular do el. 16.
03.031.05-5	Restauração com amálgama de uma face:	Restauração de amálgama, realizada em apenas uma face do dente, naquela sessão; ex.: na mesial do el. 16; ou na oclusal do el. 16.
03.031.06-3	Restauração com compósito de duas ou mais faces:	Restauração com compósito (ex: Adaptic), realizada em mais de uma face do dente, quer seja contínua ou não, naquela sessão; ex.: na mesial e distal do el. 21; ou na méso-palatina do el. 21.
03.031.07-1	Restauração com compósito de uma face:	Restauração com compósito (ex: Adaptic), realizada em apenas uma face do dente, naquela sessão; c
03.031.08-0	Restauração com compósito envolvendo o ângulo incisal:	Restauração com compósito (ex: Adaptic), realizada em um el. anterior envolvendo o ângulo incisal, naquela sessão.
03.031.11-0	Restauração com resina fotopolimerizável de duas ou mais faces:	Restauração com resina foto, realizada em mais de uma face do dente, quer seja contínua ou não, naquela sessão; ex.: na mesial e distal do el. 21; ou na méso-palatina do el. 21.
03.031.12-8	Restauração com resina fotopolimerizável de uma face:	Restauração com resina foto, realizada em apenas uma face do dente, naquela sessão. ex.: na mesial do el. 23; ou na palatina do el. 23.
10.011.01-3	Rest. com Ionômero de vidro duas ou mais faces	Restauração com ionômero, realizada em mais de uma face do dente, quer seja contínua ou não, naquela sessão; ex.: na mesial e distal do el. 55;
10.011.02-1	Rest. com Ionômero de vidro uma face:	Restauração com ionômero, realizada em apenas uma face do dente, naquela sessão; ex: na distal do el. 74.
7. DE CIRURGIA BÁSICA:		
CÓDIGO	NOME	DESCRIÇÃO
03.041.01-8	Exodontia de dente decíduo:	Incluindo sutura (se necessário)
03.041.02-6	Exodontia de dente permanente:	Incluindo sutura (se necessário)
03.041.03-4	Remoção de resto radicular:	Incluindo sutura (se necessário)
03.041.05-0	Tratamento de alveolite	Inclui curetagem, irrigação, e o que mais for necessário.
03.041.06-9	Trat. de hemorragia ou pequenos procedimentos de emergência:	Inclui compressão, limpeza, sutura, aplicação de hemostático tópico ou V.I.M.

ANEXO D**Pesquisador: Ronaldo Bordin**
Dados do Projeto de Pesquisa**Projeto Nº:** 18021**Título:** CARACTERIZAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DE PAULA (RS), UTILIZANDO O SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.**Área do Conhecimento:** Epidemiologia**Início:** 01/03/2010**Previsão de conclusão:** 30/06/2010**Situação:** projeto em andamento**Origem:** Faculdade de Medicina

Departamento de Medicina Social

Projeto da linha de pesquisa Gestão do Trabalho em Saúde

Objetivo: Caracterizar o modelo de atenção à saúde bucal do município de São Francisco de Paula (RS), no período 1995 a 2007.**Palavras-Chave**

Administração E Planejamento Em Saúde

Epidemiologia

Gestão Em Saúde

Saúde Coletiva

Equipe UFRGS**Nome:** Ronaldo Bordin**Participação:** Coordenador**Início:** 01/03/2010**Nome:** Renata Rodrigues Steyer**Participação:** Pesquisador**Início:** 01/03/2010**Anexos****[Projeto Completo](#)****Data de Envio:** 02/02/2010**Avaliações**

Comissão de Pesquisa de Medicina - Aprovado