

**DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS EM 11  
MUNICÍPIOS DA BAHIA**

*Sandra Garrido de Barros<sup>a</sup>*

*Maria Isabel Pereira Vianna<sup>a</sup>*

*Sônia Cristina Lima Chaves<sup>a</sup>*

**Resumo**

Buscou-se estudar a atenção à saúde bucal em onze municípios da Bahia, focalizando a descentralização da saúde e a utilização de serviços odontológicos. A análise foi realizada por agregados, caracterizando um estudo do tipo ecológico, utilizando fontes de dados secundários, provenientes dos sistemas de informação de saúde de base nacional. Foram delineados o perfil sociodemográfico e do sistema municipal de saúde, bem como a série histórica de utilização de serviços odontológicos, obtida através do SIA-SUS, para o período de 1999 a 2006. Verificou-se que a descentralização não teve correspondência com o aumento da cobertura de primeira consulta odontológica, mas tem contribuído para a expansão da utilização de serviços ambulatoriais e ações coletivas. Apesar da redução da participação dos procedimentos cirúrgicos, estes ainda prevalecem como principal tipo de serviço em alguns municípios de pequeno porte, onde predomina também a baixa qualidade no registro das informações. As informações do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) podem contribuir para a análise do perfil da atenção à saúde bucal no município, constituindo-se ferramenta útil ao planejamento local e para a produção de conhecimento. Contudo há necessidade da melhoria da qualidade dos dados e devem ser consideradas as limitações da base de dados.

Palavras-chave: Descentralização. Sistemas locais de saúde. Saúde bucal. Sistema de informação.

---

<sup>a</sup> Departamento de Odontologia Social e Pediátrica, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal da Bahia.

**Endereço para correspondência:** Rua Emílio Odebrecht, n. 79, Ed. Praia Rasa, ap. 402, Pituba, Salvador, Bahia. CEP: 41.830-300. [sgb@ufba.br](mailto:sgb@ufba.br)

### Abstract

This ecological study assessed oral health attention in 11 Brazilian municipalities of Bahia State using data on the process of decentralization of health services and oral health attendance. Official data relating to dental services of municipalities were gathered through the Outpatient Information System (SIA-SUS), from 1999 to 2006. An increase of outpatient attendances was observed, as well as oral health community actions (OHCA), although dental appointments did not increase in the process of decentralization of health services. A reduction of surgery procedures participation on total clinical procedures is observed, but this kind of procedure is still predominant in small counties, where the registration of individual clinical procedures was also worse. All municipalities had a bad OHCA registration, showing the need of register standardization. Official data from the Outpatient Information System may contribute to the proposed assessment, however analyses should consider database limitations and the need to improve data quality.

Key words: Decentralization. Local health systems. Oral health. Information system Dental caries.

### INTRODUÇÃO

Historicamente, a atenção odontológica pública no Brasil preocupou-se quase que exclusivamente com os escolares e com o atendimento à demanda espontânea, representada principalmente pelos atendimentos de urgência, com ênfase na atenção cirúrgico-restauradora.<sup>1,2</sup> Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), surgiu a necessidade de reorganizar os sistemas municipais de saúde à luz de seus princípios e diretrizes, em um contexto de escassez de recursos e descaso acumulado em relação à saúde bucal. Nesse sentido, o processo de municipalização da saúde no país vem contribuindo para a implementação de um conjunto de ações básicas, entre elas as de saúde bucal, favorecendo a ampliação da rede pública de atenção à saúde, ainda que o ideal da atenção universal esteja longe de ser atingido.<sup>3-11</sup>

O conhecimento das condições de saúde da população, por meio do uso da Epidemiologia, deve orientar a organização dos serviços, promovendo a adequação às reais necessidades da população. No Brasil, há poucas experiências de levantamentos epidemiológicos nacionais em saúde bucal. O que existe são muitos estudos pontuais. O primeiro levantamento de base nacional só aconteceu em 1986,<sup>12,13</sup> existindo outros três

estudos com este nível de abrangência: o realizado pelo Serviço Social da Indústria (SESI), em 1993;<sup>13</sup> e os conduzidos pelo Ministério da Saúde, em associação com entidades de classe, em 1996<sup>13</sup> e em 2003.<sup>14</sup> Nesses levantamentos, a população adulta foi considerada apenas em 1986 e 2003, revelando um quadro ainda grave, enquanto os resultados para a população infantil mostraram um declínio da cárie dentária entre 1986 e 2003.<sup>12-14</sup> Essa redução da prevalência e severidade da cárie observada na população infantil poderia, então, contribuir para o aumento da oferta de serviços a outros grupos populacionais,<sup>15</sup> adequando a programação e o planejamento de ações ao diagnóstico das condições de saúde e necessidades de tratamento da população.

Com base nestas informações e considerando o modelo de atenção em saúde bucal vigente, devem ser estabelecidas prioridades para a alocação de recursos de forma direcionada para a modificação positiva das condições de saúde da população, por meio de práticas mais efetivas.<sup>16,17</sup>

Supõe-se, então, que a implementação da descentralização da saúde pode contribuir para a ampliação da oferta de serviços odontológicos e melhoria da qualidade da atenção, significando importante fator para maior acesso aos serviços de saúde.<sup>18</sup>

A execução de levantamentos das condições de saúde bucal da população não é uma tarefa simples, implicando no envolvimento de diversos atores e mobilização da equipe de saúde bucal, o que algumas vezes inviabiliza sua realização prévia à implantação de um serviço. Desta forma, é importante identificar outras fontes de informação para o delineamento da situação de saúde bucal que possam subsidiar o planejamento e a programação das ações. Os sistemas de informação de saúde de base nacional podem instrumentalizar profissionais, gestores e a população para o acompanhamento sistemático e o planejamento de ações e serviços de saúde. Sua utilização como fonte de dados para estudos desta natureza representa o reconhecimento da importância destas ferramentas na análise da situação de saúde da população e contribui para a identificação de seus limites e possibilidades, favorecendo o estabelecimento de estratégias de melhoria da qualidade e oportunidade das informações.<sup>1,6,19</sup>

Este estudo teve como objetivo descrever a atenção à saúde bucal em 11 municípios da Bahia, com ênfase na análise da condição de habilitação na NOB SUS 96 e NOAS e da utilização de serviços odontológicos, buscou identificar diferenças relacionadas ao porte populacional, a condição socioeconômica, a utilização de serviços odontológicos e as modificações na atenção à saúde bucal relacionadas à descentralização das ações de saúde.

## METODOLOGIA

A análise foi realizada por agregados, caracterizando um estudo do tipo ecológico. Foram utilizadas fontes de dados secundários, provenientes dos sistemas de informações de saúde de base nacional.

O estudo abrangeu os municípios da Bahia sorteados e incluídos no “Projeto SB Brasil – condições de saúde bucal da população brasileira”: Buerarema, Campo Formoso, Elísio Medrado, Eunápolis, Firmino Alves, Inhambupe, Lajedo do Tabocal, Muquém de São Francisco, Salvador, Serrinha e Tucano.<sup>20</sup> Esta opção deu-se pela necessidade de trabalhar em uma das etapas do estudo com a experiência de cárie na faixa etária de 15 a 19 anos.

Os municípios foram descritos quanto ao porte populacional,<sup>21</sup> Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) e percentual de pessoas que vivem em domicílios com água encanada.<sup>22</sup> Foram ainda classificados quanto à presença/ausência de fluoretação das águas de abastecimento público, de acordo com dados do Comitê Interinstitucional de Estímulo e Controle da Fluoretação da Água de Abastecimento (CIECOF).<sup>23</sup>

Para fins de caracterização dos sistemas locais de saúde, foram analisadas a condição de habilitação na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96 (NOB – SUS 96) e/ou na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), e a relação entre equipes de saúde bucal (ESB) e equipes de saúde da família (ESF).

A utilização de serviços foi analisada de acordo com a metodologia proposta por Barros e Chaves.<sup>17</sup> Foram levantadas a população residente, segundo faixa etária<sup>21</sup> e a quantidade apresentada de produção ambulatorial odontológica da atenção básica por ano, segundo procedimento,<sup>24</sup> para o período de 1999 a 2006. Os dados foram compilados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS), do banco de dados do Ministério da Saúde, o Datasus.<sup>25</sup>

Foram definidos quatro indicadores:

**a) Cobertura da 1ª consulta odontológica por habitante/ano:**

Número de primeiras consultas odontológicas apresentadas em determinado local e período

População residente no mesmo local e período

**b) Concentração dos procedimentos coletivos por habitante de 0 a 14 anos de idade/ano:**

Número de procedimentos coletivos apresentados em determinado local e período

População de 0 a 14 anos no mesmo local e período

**c) Concentração dos procedimentos ambulatoriais por habitante/ano:**

Total de procedimentos odontológicos, exceto primeira consulta e procedimentos coletivos, apresentados em determinado local e período  
População residente no mesmo local e período

**d) Razão restauração/exodontia**

Número de procedimentos restauradores apresentados em determinado local e período

Número de exodontias\* apresentadas em determinado local e período

\* Códigos do SIA-SUS até 10/99: 224, 225, 241, 243, 245, 247.

Códigos do SIA-SUS após 10/99: 03.041.01, 03.041.02, 03.041.03, 10.051.14.

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

Para análise descritiva da produção de serviços, foram considerados como parâmetros mínimos quatro procedimentos coletivos/habitante/ano em 80% da população de 0-14 anos e 1,0 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). Quanto à população-alvo, foi escolhida a faixa-etária de 0-14 anos, por se tratar do grupo priorizado para a realização dessas atividades no Estado da Bahia.<sup>26</sup> Para avaliar a produção de procedimentos ambulatoriais, o parâmetro foi sugerido dentro do intervalo proposto pela portaria do Ministério da Saúde GM/MS nº 1.101/02 (0,5 a 2,0 proc/habitante/ano).<sup>27</sup>

## RESULTADOS

Dentre os municípios estudados, apenas Salvador pode ser considerado de grande porte (população > 100.000 habitantes). Entre 1991 e 2000, houve um crescimento do IDH-M e do percentual de pessoas em domicílios com água encanada em todos os onze municípios. Apenas Salvador apresentou alto desenvolvimento humano no ano 2000. O percentual de pessoas vivendo em domicílios com água encanada variou de 23,54% a 93%; em seis municípios era realizada fluoretação das águas de abastecimento público, segundo dados do CIECOF<sup>23</sup> (**Tabela 1**).

Em dezembro de 2003, todos os municípios encontravam-se habilitados em algum tipo de gestão, segundo a NOB-SUS 96 (sete municípios) ou NOAS (quatro municípios).

De modo geral, a habilitação dos municípios à NOB-SUS 96 aconteceu entre fevereiro/1998 e agosto/1999. Eunápolis estava habilitado na condição de gestão plena do sistema municipal (GPSM), desde 1998 e Salvador passou também a esta condição em 2006.

A Estratégia de Saúde da Família (PSF), em 2003, já estava implantada em nove dos onze municípios. Em 2006, todos os municípios já tinham PSF, sendo a maior cobertura populacional encontrada em Elísio Medrado (104,10%). (Tabela 1).

**Tabela 1.** População residente no ano 2000, índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), percentual de pessoas que vivem em domicílios com água encanada, nos anos de 1991 e 2000, fluoretação da água de abastecimento público em 2002 e cobertura do Programa de Saúde da Família para os anos de 1999 e 2003 nos municípios de Buerarema, Campo Formoso, Elísio Medrado, Eunápolis, Firmino Alves, Inhambupe, Lajedo do Tabocal, Muquém de São Francisco, Salvador, Serrinha e Tucano, Bahia

MUNICÍPIO	População residente (2000)	IDH-M		%pessoas em domicílios com água encanada		Fluoretação das águas de abastecimento público (2002)	Cobertura do PSF	
		1991	2000	1991	2000		1999	2006
Buerarema	19.118	0,536	0,631	31,42	59,87	sim	-	75,75
Campo Formoso	61.942	0,472	0,613	26,43	44,22	sim	-	17,65
Elísio Medrado	7.860	0,564	0,655	26,55	58,64	não	-	104,10
Eunápolis	84.120	0,607	0,704	54,78	68,28	sim	6,50	71,59
Firmino Alves	5.170	0,548	0,641	52,21	56,88	não	-	101,67
Inhambupe	29.589	0,481	0,567	27,87	46,74	não	-	17,34
Lajedo do Tabocal	8.100	0,491	0,624	1,13	29,98	não	-	56,30
Muquém de São Francisco	9.052	0,466	0,603	7,08	23,54	não	-	75,41
Salvador	2.443.107	0,751	0,805	86,21	93,00	sim	-	12,51
Serrinha	83.206	0,566	0,658	44,16	53,52	sim	-	34,62
Tucano	50.948	0,472	0,582	30,71	43,52	não	-	62,19

Fonte: IBGE, 2003; PNUD, 2003; CIECOF, 2002; SIAB, 2003.

A implantação de equipes de saúde bucal no PSF aconteceu a partir de 2002 em quatro municípios (Elísio Medrado, Eunápolis, Salvador e Tucano). O último município a implantar a estratégia foi Buerarema, em 2006. Ao final do período analisado, apenas dois municípios (Elísio Medrado e Inhambupe) alcançaram a relação de uma ESB para cada ESF, sete tiveram resultado entre 0,5 e 0,9, e apenas dois (Buerarema e Tucano) apresentaram uma relação inferior a 0,5.

O município de Inhambupe só teve registro de primeira consulta odontológica em 2006, enquanto seis municípios ampliaram e cinco tiveram uma redução na utilização do serviço no período (Tabela 2).

**Tabela 2.** Evolução dos indicadores cobertura de 1ª consulta odontológica, concentração de procedimentos ambulatoriais e razão restauração/exodontia nos municípios de Buerarema, Campo Formoso, Elísio Medrado, Eunápolis, Firmino Alves, Inhambupe, Lajedo do Tabocal, Muquém de São Francisco, Salvador, Serrinha e Tucano, Bahia, 1999 a 2006

Município	1999			2000			2001			2002		
	Proc.			Proc.			Proc.			Proc.		
	1ª Cons. (hab/ano)	Amb. (hab/ano)	Razão rest./exod.									
Buerarema	3,64	3,91	0,74	-	0,59	0,96	0,25	0,55	1,00	0,11	0,18	1,52
Campo Formoso	0,09	0,41	1,32	0,04	0,27	0,59	0,03	0,25	0,54	0,03	0,22	0,70
Elísio Medrado	0,03	0,10	0,00	0,08	0,35	0,00	0,03	0,35	0,69	0,12	0,59	1,37
Eunápolis	0,04	0,19	1,98	0,02	0,08	1,59	0,05	0,21	1,09	0,18	0,34	2,23
Firmino Alves	0,05	0,39	0,00	0,19	0,32	0,00	0,13	0,67	0,00	0,10	1,08	0,01
Inhambupe	-	0,14	0,00	-	-	-	-	0,19	-	-	-	-
Lajedo do Tabocal	0,05	0,07	0,18	0,03	0,31	1,56	0,07	0,55	0,39	0,04	0,38	0,62
Muquém de São Francisco	0,04	0,13	0,00	0,05	0,19	0,10	0,05	0,27	0,76	0,01	0,84	0,66
Salvador	0,09	0,19	0,94	0,11	0,25	0,76	0,09	0,24	0,75	0,08	0,29	0,89
Serrinha	0,04	0,20	0,85	0,02	0,21	0,35	0,01	0,26	1,01	0,06	0,33	1,15
Tucano	0,06	0,32	1,18	0,04	0,17	0,84	0,02	0,12	3,65	0,01	0,09	1,06
	2003			2004			2005			2006		
Buerarema	0,12	0,20	1,09	0,11	0,16	0,01	0,10	0,12	0,01	0,06	0,14	0,00
Campo Formoso	0,03	0,22	0,87	0,06	0,27	0,01	0,07	0,22	0,01	0,01	0,06	0,00
Elísio Medrado	0,12	0,26	0,90	0,38	0,58	0,01	0,41	0,73	0,02	0,57	0,93	0,02
Eunápolis	0,25	0,39	1,51	0,19	0,48	0,02	0,18	0,61	0,02	0,20	0,76	0,02
Firmino Alves	0,12	0,14	0,00	0,24	0,21	0,00	0,24	0,23	0,01	0,12	0,27	0,02
Inhambupe	-	0,05	0,00	-	0,06	-	0,05	0,10	-	0,07	0,16	0,01
Lajedo do Tabocal	0,03	0,18	0,46	0,08	0,92	0,00	0,12	0,55	0,00	0,03	0,11	0,00
Muquém de São Francisco	0,10	0,92	1,10	0,08	1,41	0,06	0,20	0,26	0,00	0,19	0,40	0,01
Salvador	0,07	0,25	0,77	0,06	0,31	0,00	0,06	0,28	0,00	0,07	0,28	0,00
Serrinha	0,06	0,33	1,25	0,09	0,40	0,01	0,05	0,38	0,01	0,01	0,25	0,01
Tucano	0,02	0,07	1,00	0,06	0,13	0,00	0,04	0,08	0,00	0,07	0,10	0,00

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Abulatoriais do SUS (SIA/SUS), Instituto Brasileira de Geografia e Estatística (IBGE).

A expansão da utilização de procedimentos odontológicos foi observada em oito municípios entre 1999 e 2006, sendo o procedimento cirúrgico o único tipo de procedimento realizado por todos os municípios, em 1999. Esta situação se repetiu nos anos seguintes, contudo, outros tipos de procedimentos passaram a ser ofertados, principalmente os restauradores e preventivos. Em 2006, todos os municípios realizaram todos os tipos de procedimentos, exceto Serrinha, que não apresentou registro de procedimentos periodontais, contudo os procedimentos cirúrgicos ainda representaram mais de 60% dos registros nos municípios de Inhambupe e Muquém de São Francisco (**Tabela 3**).

**Tabela 3** - Distribuição percentual segundo tipo de procedimento ambulatorial (preventivo, restaurador, cirúrgico e periodontal) nos municípios de Buerarema, Campo Formoso, Elísio Medrado, Eunápolis, Firmino Alves, Inhambuê, Lajedo do Tabocal, Muquém de São Francisco, Salvador, Serrinha e Tucano, Bahia, 1999 a 2006

Município	1999				2000				2001				2002			
	Prev.	Rest.	Cir.	Per.	Prev.	Rest.	Cir.	Per.	Prev.	Rest.	Cir.	Per.	Prev.	Rest.	Cir.	Per.
Buerarema	0,2	42,5	57,4	-	61,8	18,4	19,1	0,7	0,1	49,1	49,2	1,6	2,6	56,3	37,1	4,0
Campo Formoso	39,9	14,2	10,8	35,1	29,5	24,0	40,9	5,6	30,2	24,3	44,7	0,9	32,2	27,0	38,8	2,0
Elísio Medrado	-	-	60,0	40,0	-	-	40,0	60,0	2,9	14,3	20,0	62,9	5,1	32,2	23,7	39,0
Eunápolis	10,5	57,9	31,6	-	12,5	50,0	37,5	-	14,3	42,9	42,9	-	20,6	55,9	23,5	-
Firmino Alves	15,4	-	12,8	71,8	-	-	68,8	31,3	-	-	22,4	77,6	-	-	11,1	88,9
Inhambuê	-	-	100,0	-	-	-	-	-	100,0	-	-	-	-	-	-	-
Lajedo do Tabocal	28,6	14,3	57,1	-	12,9	51,6	35,5	-	56,4	12,7	30,9	-	60,5	15,8	23,7	-
Muquém de São Francisco	7,7	-	92,3	-	-	10,5	89,5	-	-	37,0	51,9	11,1	10,7	28,6	42,9	17,9
Salvador	31,6	31,6	31,6	5,3	32,0	24,0	32,0	12,0	37,5	20,8	29,2	12,5	37,9	20,7	24,1	17,2
Serrinha	5,0	40,0	50,0	5,0	9,5	23,8	66,7	-	7,7	46,2	46,2	-	9,1	48,5	42,4	-
Tucano	25,0	25,0	21,9	28,1	17,6	17,7	23,5	41,2	25,0	16,7	8,3	50,0	11,1	11,1	11,1	66,7
	2003				2004				2005				2006			
Buerarema	5,0	45,0	40,0	10,0	6,3	43,8	37,5	12,5	8,3	41,7	33,3	16,7	14,3	28,6	35,7	21,4
Campo Formoso	31,8	27,3	31,8	9,1	29,6	25,9	37,0	7,4	27,3	27,3	36,4	9,1	33,3	33,3	33,3	0,0
Elísio Medrado	7,7	38,5	42,3	11,5	15,5	34,5	37,9	12,1	21,9	35,6	31,5	11,0	48,4	26,9	24,7	0,0
Eunápolis	20,5	38,5	25,6	15,4	20,8	43,8	18,8	16,7	19,7	45,9	16,4	18,0	17,1	46,1	15,8	21,1
Firmino Alves	71,4	-	28,6	-	14,3	23,8	14,3	47,6	4,4	56,5	26,1	13,0	7,4	66,7	18,5	7,4
Inhambuê	-	-	100,0	-	-	-	100,0	-	-	-	100,0	-	6,3	25,0	68,8	0,0
Lajedo do Tabocal	61,1	11,1	27,8	-	39,1	8,7	5,4	46,7	32,7	12,7	7,3	47,3	45,5	0,0	18,2	36,4
Muquém de São Francisco	4,4	38,0	34,8	22,8	13,5	34,0	39,0	13,5	-	15,4	84,6	-	10,0	25,0	62,5	2,5
Salvador	36,0	20,0	24,0	20,0	35,5	25,8	22,6	16,1	35,7	17,9	25,0	21,4	32,1	21,4	21,4	25,0
Serrinha	9,1	51,5	39,4	-	5,0	42,5	25,0	2,5	10,5	36,8	39,5	0,0	16,0	48,0	32,0	-
Tucano	14,3	14,3	14,3	57,1	15,4	7,7	15,4	61,5	12,5	12,5	25,0	50,0	20,0	20,0	30,0	30,0

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), Instituto Brasileira de Geografia e Estatística (IBGE).

Os procedimentos coletivos, entre 1999 e 2002, foram maiores em Elísio Medrado, Muquém de São Francisco, Serrinha e Tucano, apresentando, nestes municípios, redução importante em 2003 (Tabela 4).

**Tabela 4.** Evolução da concentração de procedimentos coletivos por habitante/ano, para a população de 0-14 anos, nos municípios de Buerarema, Campo Formoso, Elísio Medrado, Eunápolis, Firmino Alves, Inhambuê, Lajedo do Tabocal, Muquém de S. Francisco, Salvador, Serrinha e Tucano, Bahia, 1999 a 2005\*

Município	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Buerarema	-	-	-	0,01	-	-	-
Campo Formoso	-	-	0,00	0,01	-	0,00	-
Elísio Medrado	-	-	13,81	41,35	0,46	3,48	2,87
Eunápolis	0,00	0,00	-	0,02	4,33	4,88	5,22
Firmino Alves	-	-	-	0,07	-	-	-
Inhambuê	0,03	0,08	0,05	0,03	-	-	0,20
Lajedo do Tabocal	-	-	0,06	0,04	0,04	0,23	0,21
Muquém de São Francisco	3,07	26,58	33,16	44,51	0,15	0,09	0,00
Salvador	-	0,00	0,00	0,00	0,40	1,00	0,68
Serrinha	-	-	0,04	0,95	0,02	0,01	-
Tucano	0,92	5,61	8,80	16,06	0,33	0,01	0,39

Fonte: SIA/SUS; IBGE.

\* Optou-se por não incluir nessa análise o ano de 2006, devido a alterações na Tabela do SIA-SUS.

Analisando-se a série histórica, todos os municípios apresentaram razão restauração/exodontia maior ou igual a um (maior produção de restaurações do que de procedimentos cirúrgicos) em pelo menos um ano. Os municípios com maior regularidade

neste indicador foram Buerarema, Elísio Medrado, Eunápolis, Firmino Alves, Salvador e Serrinha. Destes, quatro tinham cobertura do PSF igual ou superior a 70% em 2006 (Tabela 5).

**Tabela 5.** Evolução da razão restauração/exodontia, nos municípios de Buerarema, Campo Formoso, Elísio Medrado, Eunápolis, Firmino Alves, Inhambupe, Lajedo do Tabocal, Muquém de S. Francisco, Salvador, Serrinha e Tucano, Bahia, 1999 a 2003

Município	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Buerarema	0,74	0,96	1,00	1,52	1,09	1,60	1,43	0,68
Campo Formoso	1,32	0,59	0,54	0,70	0,87	0,76	0,93	0,90
Elísio Medrado	0,00	0,00	0,69	1,37	0,90	0,93	1,17	1,12
Eunápolis	1,98	1,59	1,09	2,23	1,51	2,41	2,89	3,03
Firmino Alves	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	1,54	2,41	3,83
Inhambupe	0,00	-	-	-	0,00	-	-	0,34
Lajedo do Tabocal	0,18	1,56	0,39	0,62	0,46	1,56	1,71	0,06
Muquém de São Francisco	0,00	0,10	0,76	0,66	1,10	1,11	0,16	0,40
Salvador	0,94	0,76	0,75	0,89	0,77	1,66	1,06	1,35
Serrinha	0,85	0,35	1,01	1,15	1,25	1,73	0,96	1,64
Tucano	1,18	0,84	3,65	1,06	1,00	0,85	0,51	0,57

Fonte: SIA/SUS.

## DISCUSSÃO

O estudo revelou que a descentralização das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS não tem significado aumento da cobertura de primeira consulta odontológica, mas indica a expansão da utilização de serviços ambulatoriais, com relação ao ano de 1999, observada em seis municípios avaliados. Destes, um habilitado em gestão plena do Sistema Municipal (GPSM). Dos seis municípios que apresentaram expansão da utilização dos serviços, cinco apresentavam relação ESB/ESF maior ou igual a 0,5 e cobertura do PSF superior a 70% da população residente. O único município com relação ESB/ESF maior que 0,5 e redução do registro de procedimentos foi Salvador.

Municípios de menor porte populacional apresentaram predominância de procedimentos cirúrgicos em relação aos demais grupos de procedimentos e maior irregularidade e/ou inconsistência do registro de informações no SIA-SUS. Em todos os municípios, os Procedimentos Coletivos apresentaram os maiores problemas de registro, conforme análise do indicador concentração de procedimentos coletivos por habitante/ano para a população de 0 a 14 anos de idade.

Os dados referentes à fluoretação das águas de abastecimento público utilizados neste estudo têm o objetivo de caracterizar a oferta de serviços de atenção à saúde bucal de forma mais ampla. Apesar de cinco municípios realizarem fluoretação das águas de abastecimento público, o percentual de pessoas vivendo em domicílios com água encanada ainda é muito baixo, sendo inferior a 60% em quatro dos onze municípios analisados (Tabela 1).

O processo de descentralização da saúde na Bahia pode ser considerado como tardio, ocorrendo apenas após a implementação da NOB-SUS 96. Nenhum município do Estado se habilitou às normas anteriores (NOB-SUS 91, NOB-SUS 93). Assim, não há municípios da Bahia que possam ser considerados de “alto aprendizado institucional” (habilitação na gestão mais avançada da NOB-SUS 01/93 antes da plena pela NOB-SUS 96).<sup>28</sup> Contudo, verifica-se um ganho sistêmico (expansão da oferta, produção e cobertura de serviços)<sup>28</sup> na atenção à saúde bucal; as melhores situações estariam associadas à maior autonomia gerencial, representada por condição de habilitação mais avançada (GPSM ou GPABA) e/ou implantação avançada do PSF e boa relação ESB/ESF. Tendo em vista o avanço da descentralização, a partir de 2004, os municípios e o Distrito Federal passaram a ser responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, passando a gestão plena do sistema municipal à única forma de habilitação.<sup>7</sup>

A priorização da estratégia de saúde da família pelos governos federal e estadual, nos últimos anos, vem contribuindo para a expansão do PSF no Estado, seja no número de municípios participantes, seja na cobertura populacional, situação observada entre os municípios estudados, o que também pode estar contribuindo para uma expansão da utilização de serviços de saúde, de um modo geral.

Em 2006, todos os municípios já haviam implantado equipes de PSF. Entretanto, apenas Buerarema, Elísio Medrado, Eunápolis, Firmino Alves e Muquém de São Francisco apresentavam uma cobertura populacional superior a 70%. Vale ressaltar que a adesão do município à estratégia não implica necessariamente em mudanças no modelo assistencial. Embora a estratégia de Saúde da Família possa contribuir para a reorganização do sistema de saúde, o incentivo financeiro vinculado à implantação do programa representa uma forma de ampliação do montante de recursos federais transferidos ao fundo municipal, o que pode estimular a implantação acrítica do programa, vislumbrando tão somente o aumento de receita, sem discussão com os sujeitos interessados (comunidade e setor saúde).

Não obstante a saúde bucal constituir-se uma das áreas estratégicas da Atenção Básica, alguns municípios do Estado ainda não possuem uma rede de serviços odontológicos estruturada. O financiamento das ações odontológicas básicas já está incluído no conjunto do Piso da Atenção Básica (PAB), assim, a inclusão de ESB no PSF apresenta-se como uma importante, e muitas vezes única, fonte de financiamento específica da área, contribuindo para a implementação da atenção odontológica no âmbito local. Além disso, contribui para o estímulo a ações de educação e promoção de saúde. Nesse contexto, ainda não é possível determinar uma mudança de prática na atenção à saúde bucal desses municípios.

A irregularidade das informações e inconsistência dos dados dificultou a análise das informações provenientes do SIA-SUS. A avaliação da utilização de serviços odontológicos realizada com base neste sistema apontou problemas no registro dos dados de produção ambulatorial, de primeira consulta odontológica e, principalmente, no de procedimentos coletivos.<sup>17,29,30</sup> O estudo realizado por Barros e Chaves<sup>17</sup> observou maior consistência nos dados após a implantação do PAB e habilitação dos municípios à GPSM. O mesmo foi observado neste trabalho, embora as inconsistências tenham se revelado de forma mais intensa. O pequeno porte populacional da maioria dos municípios estudados e a condição de gestão a que se encontravam habilitados deve ter contribuído para esta situação. Assim, faz-se indispensável o investimento em capacitação e educação permanente do quadro técnico das secretarias municipais para o correto manejo dos sistemas de informação em saúde, conforme destacado por Gracioso,<sup>31</sup> além da implantação de medidas para fixação dos profissionais nos municípios, como a realização de concursos públicos.

A lógica de financiamento incorporada à elaboração do SIA-SUS pode interferir no registro dos dados, uma vez que, quanto maior a produção de serviços, maior o repasse.<sup>30</sup> Contudo, com relação aos procedimentos da atenção básica à saúde, o advento do PAB, estabelecendo um valor *per capita* para o custeio das ações e serviços da Atenção Básica, deve ter contribuído para a maior consistência e coerência dos dados a partir de 1999, visto que o registro da produção ambulatorial não interfere mais no repasse de recursos para este nível de atenção.<sup>17</sup> Além disso, a implantação do Pacto de Indicadores da Atenção Básica pelo Ministério da Saúde e a crescente necessidade de acompanhamento e avaliação pelas secretarias estaduais e municipais de saúde vêm fomentando a utilização dos sistemas de informação em saúde como ferramentas de gestão. A análise dos dados provenientes do SIA-SUS pode contribuir para a melhoria da qualidade (coerência, consistência, validade e confiabilidade) das informações, para organização da oferta de serviços e, associado a dados epidemiológicos, para a adequação dos serviços às necessidades da população.

Pinto<sup>32</sup> verificou melhores médias de oferta de serviços odontológicos públicos (primeira consulta/1.000 habitantes ano) em municípios de pequeno porte (<10.000 habitantes). No presente estudo, a melhor cobertura foi observada em Elísio Medrado, município de pequeno porte, contudo o número pequeno de municípios estudados não permite maior inferência sobre a relação entre porte municipal e melhores situações do indicador cobertura de primeira consulta odontológica (**Tabelas 1 e 2**).

Com a municipalização da saúde, localidades que possuíam uma assistência odontológica muito limitada quanto à oferta e tipo de serviços, caracterizada por ações

mutiladoras e, em alguns casos, pela ausência de serviços restauradores, passam a contar com uma equipe de saúde bucal acompanhando suas equipes de saúde da família, contribuindo para um aumento da utilização, mas, nem sempre, para a reorientação das ações de saúde bucal e da organização de modelos de atenção mais adequados aos princípios do SUS.

Com relação aos tipos de procedimentos, entre 1999 e 2005, os cirúrgicos foram os únicos realizados por todos os municípios, representando de 10,77% a 100% do total. Em 2006, ocorreu melhor distribuição dos procedimentos pelos quatro grupos considerados; os cirúrgicos chegaram a representar 68,8% da produção ambulatorial em Inhambupe. Outros tipos de procedimentos passaram a ter participação mais importante, principalmente os restauradores e preventivos (**Tabela 3**). O processo de descentralização e o aumento da cobertura do PSF podem ter contribuído para o crescimento destes serviços, visto que estimulam a adequação dos serviços às demandas da população.

Os procedimentos periodontais, tipicamente ofertados à população adulta, podem indicar maior acesso deste grupo aos serviços odontológicos.<sup>17</sup> Contudo a participação importante deste grupo de procedimento, desde 1999, na produção ambulatorial de alguns municípios (**Tabela 3**) pode estar relacionada à demanda por serviços, mas também ao perfil dos profissionais, levando, às vezes, a uma oferta de serviços inadequada às necessidades de saúde da população. Outra razão pode ser o erro no registro dos códigos dos procedimentos.

Segundo os parâmetros mínimos de quatro procedimentos coletivos/hab/ano para 80% da população entre 0-14 anos e um procedimento ambulatorial/habitante/ano, propostos por este estudo, os municípios ainda apresentaram produção aquém dos parâmetros estabelecidos, assim como verificado em estudo anterior por Barros e Chaves.<sup>17</sup>

A produção ambulatorial de Buerarema e o registro de primeira consulta apresentaram-se bastante elevados em 1999, do que se pode inferir que a lógica financeira do SIA-SUS interferiu no registro de informações por este município, visto que a produção apresentou queda acentuada após esse ano, com a mudança na forma de repasse de recursos.

A análise da razão restauração/exodontia sugere que a inclusão das ESB pode, minimamente, contribuir para uma modificação positiva no perfil dos procedimentos realizados, contudo outras estratégias podem contribuir para esta mudança, visto que, mesmo antes da implantação da ESB, Buerarema e Eunápolis já apresentavam razão maior ou igual a um, assim como Serrinha apresentou resultados acima de um a partir de 2001, mas só implantou ESB em 2005.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

A descentralização das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS não tem correspondido ao aumento da cobertura de primeira consulta odontológica na Bahia, mas

tem contribuído para a expansão da utilização de serviços ambulatoriais e coletivos em saúde bucal.

A despeito da redução de sua participação percentual no total da produção ambulatorial, os procedimentos cirúrgicos ainda são o principal serviço ofertado em municípios de pequeno porte, que também apresentam uma baixa qualidade no registro das informações no SIA-SUS. Para todos os municípios, os Procedimentos Coletivos apresentam os maiores problemas.

As informações do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) podem contribuir para a análise do perfil da atenção à saúde bucal no município, ferramenta útil ao planejamento local e para a produção de conhecimento. Contudo há necessidade da melhoria da qualidade dos dados e deve-se considerar as limitações da base de dados.

Para o conhecimento da realidade e adequada organização dos serviços de atenção à saúde nos municípios é necessária a realização de estudos das condições de saúde bucal em âmbito estadual, regional e, principalmente, local, que subsidiem a elaboração das políticas de saúde bucal nos diversos níveis de gestão dos sistemas de saúde. A associação destes dados epidemiológicos àqueles provenientes dos sistemas de informação de saúde e outras bases de dados pode contribuir para uma análise da situação de saúde bucal de forma mais integrada e, em séries históricas, pode permitir a análise do impacto das ações implementadas.

#### REFERÊNCIAS

1. Vianna MIP. Estado e atenção odontológica no Brasil: um estudo sobre as políticas de saúde bucal na conjuntura pós-74. [Dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 1988.
2. Zanetti CHG. As marcas de mal-estar social no sistema nacional de saúde tardio: o caso das políticas de saúde bucal, no Brasil dos anos 80. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1993.
3. Barata LRB, Tanaka OY, Mendes JDV. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. *Epidem. Serv. Saúde* 2004; 13(1):15-24.
4. Portaria GM/MS nº 1.444/00. Incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal. *Diário Oficial da União*. Salvador; 29 dez.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica A reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. Brasília; 2001.
6. Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/02. *Diário Oficial da União*. Brasília; 2 fev. 2002.

7. Portaria GM/MS nº 2.023/04. Define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília; 24 set. 2004.
8. Córdon J. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. Cad. Saúde Públ. 1997;13(3):557-63.
9. Costa RCR. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. R. de Sociol. Pol. 2002;18:49-71.
10. Costa NR, Pinto LF. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. Ci Saúde Col. 2002;7(4):907-23.
11. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ci Saúde Col. 2001;6(2):269-91.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília; 2004.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília; 1988.
14. Roncalli AG. Perfil epidemiológico de saúde bucal no Brasil 1986-1996. Extraído de [[http://www.planeta.terra.com.br/saúde/angelonline/artigos/art\\_epi/epi\\_bra.pdf](http://www.planeta.terra.com.br/saúde/angelonline/artigos/art_epi/epi_bra.pdf)], acesso em [10 de outubro de 2003].
15. Gonçalves ER, Peres MA, Marcenes W. Cárie dentária e condições sócio-econômicas: um estudo transversal com jovens de 18 anos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Públ. 2002;18(3):699-706.
16. Mota E, Carvalho DM. Sistemas de informação em saúde. In: Rouquaryol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 5ª. ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. p. 505-21.
17. Barros SG, Chaves SCL. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. Epid. Serv. Saúde 2003;12(1):41-52.
18. Hortale VA, Pedroza M, Rosa MLG. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. Cad. Saúde Públ. 2000;16(1):231-9.

19. Almeida MF. Descentralização de sistemas de informação e o uso das informações a nível municipal. *Inf. Epidem. SUS* 1998;7(3):27-33.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Departamento de atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. Projeto SB 2000: Condições de Saúde Bucal da população brasileira no ano 2000. Manual do Coordenador. Brasília; 2001.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População residente – estimativas para o TCU. Extraído de [<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/poptba.def>], acesso em [20 de agosto de 2007].
22. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. Tabela do ranking dos municípios 1991-2000. Extraído de [[http://www.undp.org.br/IDHM-BR%20Atlas%20Webpage/textos\\_IDH/sites-91-00.xls](http://www.undp.org.br/IDHM-BR%20Atlas%20Webpage/textos_IDH/sites-91-00.xls)], acesso em [1 de setembro de 2003].
23. Bahia. Comitê Interinstitucional de Estímulo e Controle da Fluoretação da Água de Abastecimento. Relação de municípios do Estado da Bahia com fluoretação das águas de abastecimento público. Salvador; 2002.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Tabela de procedimentos do SIA-SUS (versão junho/2002). Extraído de [<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/decas/indice.mansia.htm>], acesso em [5 de junho de 2002].
25. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Informações de Saúde. Extraído de [<http://www.datasus.gov.br>], acesso em [20 de agosto de 2007].
26. Bahia. Secretaria de Saúde do Estado. Superintendência de Regulação e Promoção de Saúde. Diretoria de Promoção de Saúde. Coordenação de Avaliação, Acompanhamento e Programação. Programação da Atenção Básica 2004: Manual de orientação. Vol. 1. Salvador; 2004.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.101/02. Parâmetros assistenciais do SUS. Diário Oficial da União. Brasília; 13 jun. 2002.
28. Viana ALA, Heimann LS, Lima LD, Oliveira RG, Rodrigues SH. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Públ.* 2002;18(Suppl):139-51.
29. Terreiri ALM. A contribuição dos sistemas de informação em saúde na reorganização do modelo municipal de saúde bucal [Dissertação]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 1999.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.394/03. Aprova a relação de Indicadores da Atenção Básica a serem pactuados, fluxos e prazos para pactuação entre Municípios, Estados e Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília; 22 dez. 2003.

31. Gracioso LS. Disseminação de informações estatísticas no Brasil: práticas e políticas das agências estaduais de estatística. *Ci. Inf.* 2003;32(2):69-73.
32. Pinto MHB. Relação entre prevalência de cárie, desenvolvimento social e provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil, 1996. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2002.

Recebido em 25.8.2008 e aprovado em 17.9.2009.