

Avaliação do acesso ao serviço de saúde bucal do município de Taquaraçu de Minas – MG por meio da utilização do indicador de Primeira Consulta Odontológica Programática nos anos de 2007 a 2009.

Evaluation of the access to the service of buccal health of the city of Taquaraçu of Mines - MG by means of the use of the indicator of First Odontological Programmatic Consultation in the years of 2007 the 2009.

Ana Cláudia Pereira dos Santos Cruz

Marcos Azeredo Furquim Werneck

RESUMO

O presente trabalho, desenvolvido no município de Taquaraçu de Minas - MG teve como objetivo avaliar a qualidade do acesso ao serviço de saúde bucal nos anos de 2007 a 2009, a partir da utilização do indicador de Primeira Consulta Programática, tomando por base a equidade e a continuidade do atendimento até a conclusão do tratamento. Foi utilizado o índice Índice de Necessidades de Tratamento Odontológico (INTO) para análise da condição de saúde bucal dos usuários atendidos. Os resultados mostraram que: 26% dos atendimentos não foram programados; 74% dos atendimentos foram de Primeiras Consultas e consultas de retorno até a conclusão do tratamento. O percentual de usuários que obtiveram tratamento concluído no período foi de 89%. Mais de 80% dos assistidos no período corresponderam aos grupos 0, 1 e 2 da classificação INTO. Os grupos nos quais foi maior a demanda por procedimentos cirúrgico-restauradores (grupos 2, 3 e 4) obtiveram um número médio maior de sessões por usuário e em alguns grupos houve um número grande de sessões para conclusão do tratamento. Concluiu-se que é necessária a aplicação do princípio da equidade, com a adoção ou elaboração de protocolos, priorizando a atenção àqueles com maior necessidade, além da organização do processo de trabalho, reduzindo o número de sessões com o objetivo de aumentar o número de Primeiras Consultas Programáticas.

Palavras-chave: Primeira Consulta Odontológica Programática, Indicador, INTO, Equidade.

ABSTRACT

This work was developed in the town of Taquaraçu de Minas - MG aimed to assess the quality of access oral health services in the years 2007 to 2009, from the use of the indicator of first programmatic consultation, based on equity and continuity of care until the completion of treatment. INTO index was used to analyze the oral health condition of users attended. The results showed that: 26.1% of assisted were not programmed, 73.9% of assisted were at their first consultation and follow-up visits until the completion of treatment, the percentage of users who received treatment was completed in this period at 88.68 %, more than 80% of those assisted in the period corresponded to the groups 0, 1 and 2 according with the classification INTO, the groups in which was majority demand for surgical, restorative procedures (groups 2, 3 e 4) had a higher average number of sessions for user and in some groups there was more number of sessions to completion of treatment. Concluded that the principle of equity is necessary, giving priority attention to those that more need, organizing the work process, reducing the number of sessions aimed at increasing the number of first programmatic consultation.

Key-words: First Odontological Programmatic Consultation, Indicator, INTO, Equity.

1.Cirurgiã-dentista. anaclaudinh@yahoo.com.br

2.Cirurgião-dentista. Doutor em Odontologia Social/Saúde Coletiva. Professor Associado da Faculdade de Odontologia da UFMG. mawerneck@terra.com.br

1. INTRODUÇÃO

O município de Taquaraçu de Minas encontra-se localizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte e está inserido na região central do Estado de Minas Gerais. Distante 60 km da capital mineira, faz divisas com os seguintes municípios: ao norte Jaboticatubas, a leste Nova União, ao sul Caeté e a oeste o município de Santa Luzia totalizando uma área equivalente a 329 km² de extensão territorial. Segundo dados da Fundação João Pinheiro, de acordo com o censo demográfico do IBGE, Taquaraçu de Minas apresenta dados que demonstram um crescimento anual de sua população de 0,36% no período de 1991 a 2000, totalizando 3.950 habitantes. A população urbana apresenta uma taxa de crescimento de 3,97% e a rural um decréscimo de 1,46%, sendo que a população urbana em 1991 era de 971 habitantes e passou para 1.378; já a rural em 1991 apresentava 2.412 habitantes passando para 2.113. Quanto à estrutura etária, observa-se a diminuição da população jovem e o aumento de pessoas acima de 15 anos, correlacionados com a diminuição da taxa de fecundidade de 2,8 para 2,4 filhos por mulher, sendo fatores em médio prazo favoráveis para uma mudança no formato da estrutura etária da população, diminuindo o número de jovens e conseqüentemente aumentando a participação de adultos e idosos na população total. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Taquaraçu de Minas cresceu 12,21%, passando de 0,655 em 1991 para 0,735 em 2000. Com relação a outros municípios do Estado, apresenta uma situação intermediária, ocupando a 382ª posição, sendo que dos 853 municípios de Minas Gerais, 381 (44,7%) estão em situação melhor e 471 (55,3%) estão em situação pior ou igual.^{1,2}

Existem duas unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Ambas contam com a existência da Equipe de Saúde Bucal (ESB), sendo que uma atua na Unidade Básica de Saúde e a outra atua na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Os serviços e as ações de saúde bucal na ESF em Taquaraçu de Minas têm se caracterizado pelo atendimento clínico individual de pacientes previamente agendados pelos Agentes Comunitários de Saúde - ACS

(atendimento programado) e pela livre demanda, incluindo nessa categoria as consultas de urgência.

Os procedimentos coletivos realizados incluem Escovação Dental Supervisionada, Aplicação Tópica de Flúor Gel e Atividades Educativas trimestrais nas escolas. Há, também, reuniões com grupos operativos de hipertensos, diabéticos e gestantes.

O indicador de Primeira Consulta Odontológica Programática, integrante do Pacto de Indicadores da Atenção Básica do Ministério da Saúde, é calculado pela divisão do número total de primeiras consultas realizadas no município em determinado ano pela população total do município e multiplicados por 100,³. Em relação ao mesmo, Taquaraçu de Minas alcançou o índice de 6,99% em 2007 e 3,47% em 2008, sendo que o parâmetro de cobertura estabelecido pelo Ministério da Saúde é de 15% (GRS/BH, 2009). (Tabela 1). Esse indicador retrata o acesso da população em geral à assistência odontológica individual, no qual consultas de urgência e emergência não são incluídas.

Tabela 1 – Cobertura de Primeira Consulta Odontológica dos municípios da Micro BH, 2005 a 2008

| Indicador | Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática | | | |
|------------------------|----------------------------------------------------------|--------------|-------------|-------------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
| Municípios | | | | |
| Belo Horizonte | 15,97 | 16,7 | 5,83 | 2,82 |
| Belo Vale | 30,2 | 48,24 | 23,83 | 22,16 |
| Caeté | 2,24 | 2,28 | 3,97 | 3,43 |
| Jaboticatubas | 4,74 | 12,04 | 15,6 | 13,5 |
| Moeda | 23,16 | 26,32 | 28,5 | 13,37 |
| Nova Lima | 18,89 | 16,22 | 17,42 | 9,13 |
| Nova União | 11,83 | 12,21 | 11,27 | 15,33 |
| Raposos | 13,09 | 14,16 | 9,75 | 10,20 |
| Ribeirão Neves | 5,05 | 4,14 | 18,5 | 2,1 |
| Rio Acima | 10,83 | 16,21 | 6,87 | 4,93 |
| Sabará | 3,8 | 3,43 | 27,7 | 3,7 |
| Santa Luzia | 1,29 | 0,88 | 0,88 | 0,9 |
| Taquaraçu Minas | 13,22 | 15,08 | 6,99 | 3,47 |

Fonte: GRS/BH, 2005 a 2008.

2. REVISÃO DE LITERATURA

O processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem ampliado a discussão acerca da organização da atenção à saúde, visando alcançar a universalização do acesso, a integralidade das ações, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização dos serviços e o controle social. A dinâmica de consolidação do SUS tem se pautado na reorientação da Atenção Básica, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF). 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.⁴

Apesar da proposta ser de reorganização, o que tem ocorrido é a expansão do serviço operada mediante atendimento de livre demanda, na qual a prática profissional se encontra amarrada a uma demanda reprimida crescente de atendimento cirúrgico-restaurador, sem perceber melhorias nas condições de saúde de sua comunidade. A mera incorporação das Equipes de Saúde Bucal ao PSF, sem a adaptação da proposta à realidade local, torna-se uma ação verticalizada. De acordo com Barros et.al. (2003), a programação e o planejamento de ações devem estar baseados no diagnóstico das condições de vida e de saúde da população, visando à implantação de práticas mais efetivas. A informação é essencial à tomada de decisões e orienta as ações na atenção à saúde. É importante, para a promoção da saúde, melhorar a prevenção de agravos e a organização dos serviços oferecidos.⁵

O processo saúde-doença constitui-se num fenômeno complexo, cuja gênese envolve determinações de ordem biológica, econômica, social, cultural e psicológica, sendo que as necessidades de saúde a ele relacionadas dizem respeito a estas diversas dimensões do real. Também as ações que tomam como objeto o processo saúde-doença, embora possuam características técnicas evidentes, têm se organizado, historicamente, enquanto práticas sociais, podendo ou não guardar relação com as necessidades de saúde ou, mesmo, com as necessidades de serviços de saúde.⁶

As relações entre as práticas e as necessidades de saúde podem ser apreendidas a partir de duas vertentes principais. A primeira delas consiste na busca de seus significados econômicos, políticos e ideológicos, bem como da especificidade dessas relações em sociedades concretas. A segunda diz respeito à capacidade das práticas modificarem uma dada situação de saúde, atendendo ou não às necessidades de saúde de determinada população, ou seja, refere-se à discussão sobre suas características e seus efeitos. Nesta última perspectiva, a técnica da avaliação ganha relevância, por um lado associada à possibilidade e necessidades de intervenções capazes de modificar certos quadros sanitários, e, por outro, diante da verificação das dificuldades enfrentadas por essas mesmas práticas para alterarem indicadores de morbi-mortalidade em outras circunstâncias.⁶

Por outro lado, na prática cotidiana dos serviços de saúde no Brasil, a avaliação não é feita rotineiramente ou, pelo menos, enfrenta dificuldades metodológicas e operacionais.

A necessidade de avaliação da qualidade dos serviços e sistemas de saúde não é processo recente. Há tempos, vários são os autores que propuseram o conceito da qualidade em saúde e instrumentos práticos para a sua medição.

Uma proposição importante foi a de Donabedian (1980), que se destaca ao apresentar as novas bases para definição de qualidade e seus componentes, além dos modelos de avaliação de estrutura, processo e resultados como instrumentos práticos de gestão da qualidade em saúde. A partir dos conceitos de Donabedian, vários autores argumentam que a avaliação da qualidade deve estabelecer relação com a quantidade e equidade das ações de saúde. Da mesma forma, os conceitos de cobertura e acesso da população às ações e serviços de saúde se tornam partes integrantes do processo de avaliação de qualidade de sistemas de saúde. Destaca-se a importância dos resultados gerais, avaliados a partir de indicadores de morbidade e mortalidade, pois possibilitam análise comparativa entre sistemas de saúde.^{7,8}

Indicadores de saúde são parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados

humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo.⁹

A utilização de indicadores de saúde permite o estabelecimento de padrões, bem como o acompanhamento de sua evolução ao longo dos anos. Embora o uso de um único indicador isoladamente não possibilite o conhecimento da complexidade da realidade social, a associação de vários deles e, ainda, a comparação entre diferentes indicadores de distintas localidades facilita sua compreensão. Esses podem e devem ser utilizados como ferramentas para auxiliar o gerenciamento da qualidade, devem evidenciar padrões relacionados à estrutura, processo e resultados desejáveis de um sistema, servindo ainda para estabelecimento de prioridades e demonstração da confiabilidade e transparência dos serviços prestados frente à sociedade.¹⁰

Para cada realidade, é preciso examinar os indicadores mais apropriados para atender às necessidades daquele serviço. Em cada caso será preciso fazer um levantamento minucioso dessa dada realidade e, a partir dela, desenvolver indicadores mais adequados para um uso específico. Para que um indicador possa ser utilizado na tomada de decisão, é preciso conhecer cada item: seu numerador, seu denominador, o objetivo da mensuração, o que ele mostra, o que ele esconde e qual a sua fidedignidade. É preciso também ter claro que, dificilmente um indicador, de forma isolada, será capaz de refletir a realidade; é muito mais provável que um grupo deles, juntos, espelhe uma determinada situação.¹⁰

Com a necessidade de avaliar a aplicação dos recursos e o impacto na saúde da população, surge o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, um instrumento formal de negociação entre gestores (federal, estadual e municipal) com metas a serem alcançadas para indicadores previamente acordados, indicando a intenção de melhora da atenção básica e da saúde da população.¹⁰

No campo da saúde bucal os indicadores principais definidos pela portaria nº 493 de 13/02/06, e alterados pela Nota Técnica de 20/04/06, são a Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática e a Cobertura da

Ação Coletiva Escovação Dental Supervisionada, os quais todos os municípios têm de pactuar.»

3. OBJETIVO

O objetivo desse estudo é o de avaliar a qualidade do acesso aos serviços de saúde bucal do município de Taquaraçu de Minas - MG nos anos de 2007 a 2009, a partir da utilização do indicador de Primeira Consulta Programática, tomando por base a equidade e a continuidade do atendimento até a conclusão do tratamento.

4. MATERIAL E MÉTODO

Este estudo foi realizado a partir da análise do odontograma inicial dos prontuários dos usuários atendidos no serviço de saúde bucal da ESF do município de Taquaraçu de Minas – MG, no período de 2007 a 2009. Esta análise foi realizada por um único profissional.

Os dados analisados foram: número de Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas, número de urgências atendidas, número de pacientes com tratamento concluído no período, número de usuários por classificação no levantamento de necessidades (codificação dos agravos por grau de risco em saúde bucal) e número médio de consultas de retorno por classificação no levantamento de necessidades.

O índice utilizado para a classificação dos pacientes quanto às suas necessidades trata-se do Índice de Necessidades de Tratamento Odontológico (INTO), da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (SMS-PBH) para a triagem de grandes grupos (Quadro 1).

Seus objetivos básicos são detectar, com custo reduzido, grupos prioritários para tratamento odontológico; classificar tais grupos de acordo com o grau de atenção a ser recebida; planejar; a partir dos resultados, recursos físicos e humanos apropriados, além de dimensionar os custos requeridos para a execução de programas preventivos, curativos e reabilitadores.¹¹

Para a obtenção deste índice, foram utilizados os odontogramas iniciais dos prontuários, nos quais apenas um profissional foi responsável pelo exame.

| Índice de Necessidades de Tratamento Odontológico – INTO | |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0 | Usuário aparentemente não necessita de restauração ou exodontia. |
| 1 | Usuário apresenta até 03 elementos dentais com necessidade evidente de restaurações ou exodontia. |
| 2 | Usuário apresenta de 04 a 08 elementos dentais com necessidade evidente de restaurações ou exodontia. |
| 3 | Usuário apresenta mais de 08 elementos dentais com necessidade evidente de restaurações ou exodontia. |
| 4 | Usuário que apresenta situação de saúde bucal onde a indicação de exodontia do restante dos elementos dentais apresenta-se como solução mais apropriada. |
| 5 | Usuário que aparentemente apresenta cárie dentária sob controle, porém a doença periodontal se apresenta como o maior problema. |

Quadro 1 – Índice de Necessidades de Tratamento Odontológico – INTO.

5. RESULTADOS

Entre os meses de julho de 2007 a julho de 2009, 1.127 usuários foram atendidos pela ESB que atua na ESF. Ao todo, foram 2.256 atendimentos. Do total de consultas realizadas, 589 corresponderam a consultas de urgência (livre demanda), o que significa que 26% dos atendimentos não foram programados (agendados pelos ACS ou pelos próprios usuários). Os outros 74% dos atendimentos foram de Primeiras Consultas e consultas de retorno até a conclusão do tratamento. (Figura 1). O percentual de usuários que obtiveram tratamento concluído no período foi de 88,68%.

O número de Primeiras Consultas Programáticas nesse período foi de 563, sendo que 176 (31,26%) foram de usuários código 0 na classificação INTO; 187 (33,21%) de usuários código 1; 109 (19,36%) de usuários código 2; 35 (6,21%) de usuários código 3; 17 (3,01%) de usuários código 4 e 39 (6,92%) de usuários código 5.

Em relação à média de consultas por usuário, o resultado encontrado para cada categoria de usuários foi de: 1,04 consultas para os usuários código 0; 2,12 consultas para os usuários código 1; 3,75 consultas para os usuários código 2; 7,57 consultas para os usuários do código 3; 5,23 consultas para os usuários do código 4 e 2,69 consultas para os usuários do código 5. (Tabela 2).

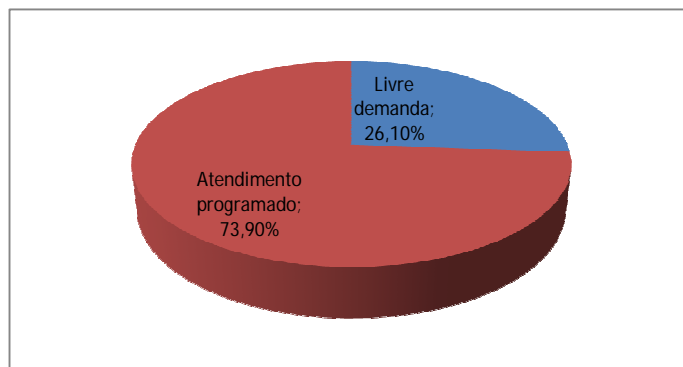


Figura 1 – Perfil do acesso ao serviço de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família em Taquaraçu de Minas, 2007 a 2009.

Tabela 2 – Porcentagem de Primeiras Consultas e número médio de consultas por grupo de classificação INTO

| INTO | Primeira Consulta (%) | Média de Consultas |
|------|-----------------------|--------------------|
| 0 | 31,26 | 1,04 |
| 1 | 33,21 | 2,12 |
| 2 | 19,36 | 3,75 |
| 3 | 6,21 | 7,57 |
| 4 | 3,01 | 5,23 |
| 5 | 6,92 | 2,69 |

Fonte: Prontuários Odontológicos do serviço de saúde bucal de Taquaraçu de Minas, 2007 a 2009.

6. DISCUSSÃO

A inclusão da Saúde Bucal na ESF pode vir a representar tanto a possibilidade real de se instituir um novo paradigma de Planejamento e Programação da Atenção Básica, como também pode estimular a expansão não sustentável de serviços na forma de Ambulatórios de Livre Demanda, operados mediante a simples distribuição de lotes diários de fichas de atendimento.¹² Em Taquaraçu de Minas, nos anos de 2007 a 2009, apenas 26% das consultas odontológicas realizadas na ESF corresponderam à consultas de urgência ou livre demanda, os outros 74% dos atendimentos foram programados.

O acesso é definido como a capacidade das pessoas obterem os serviços necessários, sendo que no Brasil, o acesso aos serviços odontológicos é limitado e desigual.¹³ Encontramos em Taquaraçu de Minas, no ano de 2007 o acesso de 6,99% da população ao serviço de Saúde Bucal através da Primeira Consulta Programática e em 2008 o percentual de 3,47%. Porém, esse indicador não traduz sozinho o perfil desses usuários, por quanto tempo permaneceram no serviço, se obtiveram a conclusão de seu tratamento e principalmente, se houve equidade no agendamento desses pacientes.

O conceito de equidade envolve três consensos: deve-se considerar diferenças em saúde como aquelas decorrentes de processos biológicos ou de situações que independem do livre arbítrio dos sujeitos; deve-se considerar iniquidades em saúde como associadas às políticas de saúde ou sociais que determinam o surgimento de desigualdades na morbi-mortalidade e no acesso aos serviços de saúde e deve-se também considerar desigualdades em saúde como a expressão empírica das iniquidades.¹⁴ No presente estudo, foram obtidos os dados relativos à saúde bucal dos usuários que obtiveram acesso ao serviço (exceto urgências). A classificação em grupos através do índice INTO, realizada com base nos odontogramas iniciais dos prontuários, indicou ausência de equidade na distribuição do atendimento, uma vez que mais de 80% dos usuários corresponderam aos grupos 0, 1 e 2 da classificação INTO.

Em relação ao número médio de consultas, os grupos nos quais foi maior a demanda por procedimentos cirúrgico-restauradores (grupos 2, 3 e 4) obtiveram um número médio maior de sessões por usuário. No entanto, é visível em alguns grupos um número grande de sessões para conclusão do tratamento, o que poderia justificar a baixa cobertura de Primeira Consulta alcançada pelo município nos anos de 2007 e 2008. Ou seja, o usuário que tem acesso ao serviço permanece por várias semanas nesse, gerando filas de espera e menor número de Primeiras Consultas. Faz-se necessária a introdução de "Mecanismos e Rotinas de Acesso" e "Rotinas de Atenção" para legitimar o princípio (ou estratégia) de equidade.¹²

7. CONCLUSÃO

No serviço de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família de Taquaraçu de Minas prevalece o atendimento programado em relação às consultas de demanda espontânea. Apesar disso, os resultados deste estudo evidenciam a necessidade de inserção de processos de gestão que possibilitem uma reorientação deste serviço.

É necessária a aplicação do princípio da equidade, priorizando a atenção àqueles com maior necessidade, e, nesse sentido, torna-se importante definir quem são as pessoas ou grupos que necessitam de uma atenção imediata, e assegurar o acesso progressivo de toda a população adscrita.

Nesse sentido, é importante a adoção ou elaboração de protocolos clínicos e de cuidado, como fator importante na reorganização do processo de trabalho. Tal medida poderá agilizar o atendimento clínico individual, reduzindo o número de sessões e por consequência aumentar o número de Primeiras Consultas Programáticas.

8. REFERÊNCIAS

1. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades@**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
2. TAQUARAÇU DE MINAS. Secretaria Municipal de Administração. **Perfil**. Taquaraçu de Minas; s.n; 2009. 3 p. Disponível em: < <http://www.taquaracudeminas.mg.gov.br>>.
3. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Bucal**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 290p.
4. BALDANI, Márcia Helena. et al. Equidade e provisão de serviços públicos odontológicos no estado do Paraná. **Revista Saúde Pública**. v. 43, n.3, p.446-454.2009.

5. BARROS, Sandra Garrido; CHAVES, Sônia Cristina Lima. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** . v.12, n.1, p. 41-51, jan-mar. 2003.
6. SILVA, Ligia Maria ; FORMIGLI, Vera Lúcia . Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública** . v.10, n.1, p. 40-50, jan-mar. 1994.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Qualidade da Atenção à Saúde** . Brasília, s.n; 2005. 6 p. Disponível em: <<http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/>>.
8. DONABEDIAN, Avedis. **A Gestão de Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro: QUALITYMARK, 1994.
9. ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI,1993. 527 p.
10. SANTA CATARINA. Secretaria Estadual de Saúde. **Saúde e Cidadania**. Florianópolis; n.3, 2005.13p. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br>.
11. CASTILHO, Lia Silva de. et al. Utilização do INTO para triagem de grandes grupos populacionais; Experiência com pacientes especiais.**Revista do CROMG**. v.6, n.3, p.195-199, set-dez. 2000.
12. ZANETTI, Carlo Henrique Goretti. **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. Disponível em <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>.

13.FERNANDES, Liliane Simara; PERES, Marco Aurélio. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. **Revista Saúde Pública**. v.39, n.6, p.930-936.2005.

14.VIACAVA, Francisco. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.9, n.3, p.711-724. 2004.

Avaliação do acesso ao serviço de saúde bucal do município de Taquaraçu de Minas – MG por meio da utilização do indicador de Primeira Consulta Odontológica Programática nos anos de 2007 a 2009.

Ana Cláudia Pereira dos Santos Cruz ¹

Marcos Azeredo Furquim Werneck ²

RESUMO

O presente trabalho, desenvolvido no município de Taquaraçu de Minas - MG teve como objetivo avaliar a qualidade do acesso ao serviço de saúde bucal nos anos de 2007 a 2009, a partir da utilização do indicador de Primeira Consulta Programática, tomando por base a equidade e a continuidade do atendimento até a conclusão do tratamento. Foi utilizado o índice INTO para análise da condição de saúde bucal dos usuários atendidos. Os resultados mostraram que: 26,1% dos atendimentos não foram programados; 73,9% dos atendimentos foram de Primeiras Consultas e consultas de retorno até a conclusão do tratamento; o percentual de usuários que obtiveram tratamento concluído no período foi de 88,68%; mais de 80% dos assistidos no período corresponderam aos grupos 0, 1 e 2 da classificação INTO; os grupos nos quais foi maior a demanda por procedimentos cirúrgico-restauradores (grupos 2, 3 e 4) obtiveram um número médio maior de sessões por usuário e em alguns grupos houve um número grande de sessões para conclusão do tratamento. Concluiu-se que é necessária a aplicação do princípio da equidade, priorizando a atenção àqueles com maior necessidade, além da organização do processo de trabalho, reduzindo o número de sessões com o objetivo de aumentar o número de Primeiras Consultas Programáticas.

Palavras-chave: Primeira Consulta Odontológica Programática, Indicador, INTO, Equidade.

1. Cirurgiã-dentista. anaclaudinh@yahoo.com.br

2. Cirurgião-dentista. Doutor em Odontologia Social/Saúde Coletiva. Professor Associado da Faculdade de Odontologia da UFMG. mawerneck@terra.com.br

Avaliação do acesso ao serviço de saúde bucal do município de Taquaraçu de Minas – MG por meio da utilização do indicador de Primeira Consulta Odontológica Programática nos anos de 2007 a 2009.

Ana Cláudia Pereira dos Santos Cruz ¹

Marcos Azeredo Furquim Werneck ²

RESUMO

O presente trabalho, desenvolvido no município de Taquaraçu de Minas - MG teve como objetivo avaliar a qualidade do acesso ao serviço de saúde bucal nos anos de 2007 a 2009, a partir da utilização do indicador de Primeira Consulta Programática, tomando por base a equidade e a continuidade do atendimento até a conclusão do tratamento. Foi utilizado o índice INTO para análise da condição de saúde bucal dos usuários atendidos. Os resultados mostraram que: 26,1% dos atendimentos não foram programados; 73,9% dos atendimentos foram de Primeiras Consultas e consultas de retorno até a conclusão do tratamento; o percentual de usuários que obtiveram tratamento concluído no período foi de 88,68%; mais de 80% dos assistidos no período corresponderam aos grupos 0, 1 e 2 da classificação INTO; os grupos nos quais foi maior a demanda por procedimentos cirúrgico-restauradores (grupos 2, 3 e 4) obtiveram um número médio maior de sessões por usuário e em alguns grupos houve um número grande de sessões para conclusão do tratamento. Concluiu-se que é necessária a aplicação do princípio da equidade, priorizando a atenção àqueles com maior necessidade, além da organização do processo de trabalho, reduzindo o número de sessões com o objetivo de aumentar o número de Primeiras Consultas Programáticas.

Palavras-chave: Primeira Consulta Odontológica Programática, Indicador, INTO, Equidade.

1. Cirurgiã-dentista. anaclaudinh@yahoo.com.br

2. Cirurgião-dentista. Doutor em Odontologia Social/Saúde Coletiva. Professor Associado da Faculdade de Odontologia da UFMG. mawerneck@terra.com.br

Avaliação do acesso ao serviço de saúde bucal do município de Taquaraçu de Minas – MG por meio da utilização do indicador de Primeira Consulta Odontológica Programática nos anos de 2007 a 2009.

Ana Cláudia Pereira dos Santos Cruz ¹

Marcos Azeredo Furquim Werneck ²

RESUMO

O presente trabalho, desenvolvido no município de Taquaraçu de Minas - MG teve como objetivo avaliar a qualidade do acesso ao serviço de saúde bucal nos anos de 2007 a 2009, a partir da utilização do indicador de Primeira Consulta Programática, tomando por base a equidade e a continuidade do atendimento até a conclusão do tratamento. Foi utilizado o índice INTO para análise da condição de saúde bucal dos usuários atendidos. Os resultados mostraram que: 26,1% dos atendimentos não foram programados; 73,9% dos atendimentos foram de Primeiras Consultas e consultas de retorno até a conclusão do tratamento; o percentual de usuários que obtiveram tratamento concluído no período foi de 88,68%; mais de 80% dos assistidos no período corresponderam aos grupos 0, 1 e 2 da classificação INTO; os grupos nos quais foi maior a demanda por procedimentos cirúrgico-restauradores (grupos 2, 3 e 4) obtiveram um número médio maior de sessões por usuário e em alguns grupos houve um número grande de sessões para conclusão do tratamento. Concluiu-se que é necessária a aplicação do princípio da equidade, priorizando a atenção àqueles com maior necessidade, além da organização do processo de trabalho, reduzindo o número de sessões com o objetivo de aumentar o número de Primeiras Consultas Programáticas.

Palavras-chave: Primeira Consulta Odontológica Programática, Indicador, INTO, Equidade.

1. Cirurgiã-dentista. anaclaudinh@yahoo.com.br

2. Cirurgião-dentista. Doutor em Odontologia Social/Saúde Coletiva. Professor Associado da Faculdade de Odontologia da UFMG. mawerneck@terra.com.br

