

Perfil da assistência odontológica pública para a infância e adolescência em São Luís (MA)

Profile of public dental care for children and adolescents in São Luís, Maranhão State

Mariana Carvalho Batista da Silva ¹

Raimundo Antônio da Silva ¹

Cecília Cláudia Costa Ribeiro ²

Maria Carmem Fontoura Nogueira da Cruz ²

Abstract *This profile of public dental care for children/adolescents in São Luís, Maranhão State, Brazil, is based on a survey conducted through interviews, designed to identify these services and help upgrade Health Services available in this city. It describes the pediatric dental care available and the age groups attended, the qualifications of the practitioners involved, the types of treatment for primary and permanent teeth and oral health education programs run at the Municipal Healthcare Units with dental facilities, analyzed through visits and structured interviews. The findings show that dental care was available for children/adolescents (mainly between 6 and 12 years old) at 91.1% of the Healthcare Units offering daily and universal care (65.75%), as well as at those whose services are limited to certain specialties and/or specific days (34.15%). All the public Healthcare Units offered surgical treatment for permanent teeth. Fillings are used more for permanent teeth than primary teeth. Among the public Healthcare Units, 25 (55.5%) did not offer or run oral health programs. At most (75.5%) of the Units visited, dental treatment for children and adolescents is limited to basic care and directed mainly to permanent teeth. The traditional welfare model of providing care as freely demanded remains in place.*

Key words *Dental care, Public health, Pediatric dentistry*

Resumo *Descreve existência de atendimento para crianças, as faixas etárias atendidas, a qualificação do profissional, os tipos de procedimentos realizados para a dentição decídua e permanente e a existência de programas educativos de promoção de saúde bucal nas Unidades de Saúde do Município de São Luís com assistência odontológica, por meio de visitas e entrevistas estruturadas. Os resultados mostram que o atendimento odontológico para crianças e adolescentes é disponibilizado em 91,1% das unidades de saúde, se concentrando na faixa etária de 6 a 12 anos, tanto nas unidades que prestam assistência diária e universal (65,75%) quanto naquelas (34,15%) onde o atendimento é feito em consultório restrito, específico e/ou em dias específicos. Todas as unidades visitadas oferecem tratamento cirúrgico para a dentição permanente. O tratamento restaurador é mais disponibilizado para os dentes permanentes do que para os dentes decíduos. Vinte e cinco (55,5%) das unidades de saúde não apresentam ou não desenvolvem programas de educação em saúde bucal. Na maioria das unidades (75,5%) visitadas, o tratamento odontológico para crianças e adolescentes é restrito à atenção básica e voltado para a dentição permanente. O modelo assistencial tradicional de atendimento de livre demanda permanece.*

Palavras-chave *Assistência Odontológica Pública, Serviços de saúde, Odontopediatria*

¹ Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal do Maranhão. Rua Barão de Itapary 155, Centro. 65020-070 São Luís MA.

maricbs@elo.com.br

² Departamento de Odontologia, Universidade Federal do Maranhão.

Introdução

O estudo da distribuição e disponibilidade dos serviços de saúde bucal é, dentre outros indicadores, pré-requisito indispensável para se planejar a organização de um serviço local de saúde bucal. É definido por Pinto¹ como um conjunto de atividades específicas desenvolvidas junto a uma clientela conhecida, identificada por possuir interesses e problemas em comum, circunscrita num espaço territorial ou em um ambiente definido, compreendendo todo o conjunto de ações de clínica básica, prevenção, educação e atividades correlatas. Tal afirmativa fundamenta-se na descrição de um dos objetivos da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 01/96), que prevê a reorganização do modelo assistencial, concedendo aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica à saúde.

Nas últimas décadas, a condição social tem sido enfatizada como importante determinante da saúde bucal e estudos têm demonstrado que o declínio da cárie dentária vem sendo acompanhado pela polarização da doença nos grupos menos privilegiados². Vários trabalhos têm abordado a associação entre desenvolvimento social e cárie dentária, tanto no campo do indivíduo^{3, 4, 5, 6}, como no ecológico^{7, 8, 9}. Estes estudos revelam que a prevalência de cárie dentária expressa pelo índice CPO-D mostra-se significativamente pior para populações de baixo nível socioeconômico¹⁰.

Conforme os levantamentos epidemiológicos oficiais de 1986, 1996 e 2004, observa-se uma redução significativa do índice CPO-D aos 12 anos no Brasil. No entanto, ainda ocorrem diferenças marcantes entre as macrorregiões, no que se refere ao índice CPO-D e outros indicadores como medidas de doença periodontal, acesso à água de abastecimento fluoretada e aos serviços de saúde. Os dados encontrados no Projeto SB Brasil estimam que a saúde bucal mostra-se de maneira desigual na população brasileira, apresentando os piores índices nas regiões menos favorecidas economicamente¹¹.

Em 1986, o Brasil apresentou um índice médio de dentes cariados, extraídos ou restaurados (CPO-D) de 6,7 para crianças aos 12 anos de idade¹². Em 1996, este índice havia caído para 3,06, estimando-se que 75% das crianças nessa idade tinham pelo menos um dente cariado. O índice CPO-D aos 12 anos na região Nordeste em 1996 foi de 2,88, e a cidade de São Luís (MA) apresentou um valor superior correspondente a 3,51¹³.

Conforme o levantamento das condições de

saúde bucal da população brasileira (Projeto SB Brasil), a média do índice CPO-D aos 12 anos do Brasil em 2004 é de 2,8. Este resultado representa o alcance pelo Brasil da meta proposta pela OMS de CPO-D menor que 3 nas crianças de 12 anos. No entanto, em relação à meta de proporção de 50% de crianças de 5 anos sem história passada de cárie, o Brasil ainda apresenta uma proporção de 40,6% de crianças de 5 anos que nunca tiveram cárie, valor aquém do desejado pela OMS¹¹.

Diferenças são observadas entre as macrorregiões tomando como exemplo a média do índice CPO-D aos 12 anos. As regiões Sul e Sudeste apresentam índice CPO-D aos 12 anos igual a 2,3, enquanto que as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentam valores superiores à média brasileira, respectivamente, 3,1, 3,2 e 3,1. Disparidades semelhantes entre as macrorregiões também apresentam correlação positiva com outros fatores como acesso à água fluoretada e acesso a serviços de saúde¹¹.

Em média, uma criança brasileira de 3 anos ou menos já possui, pelo menos, um dente com experiência de cárie dentária (ceod = 1,1, IC 95% 1,2-1,4). Aos 5 anos, esta média aumenta para quase três dentes atacados (ceod = 2,8, IC 95% 2,76-2,84). Deve ser ressaltado que, na maioria dos casos, o componente cariado é responsável por mais de 80% do índice na idade de 5 anos e mais de 90% nas crianças de 18 a 36 meses. Novamente diferenças são observadas entre as macrorregiões. Tomando como exemplo o ceod aos 5 anos, a média da região Norte é 27% maior que a média da região Sudeste. Além disso, a proporção de dentes cariados é sensivelmente maior nas regiões Norte e Nordeste, onde crianças apresentaram os maiores números de dentes cariados não tratados¹¹.

Resultados do SB Brasil ressaltam que mais de 2,5 milhões de adolescentes (13% desta população) nunca foram ao dentista. Entre a população adulta, quase 3% nunca estiveram em um consultório dentário e, na população idosa, esse número chega a quase 6%. Em ambas as faixas etárias, a região Nordeste apresentou o maior índice de pessoas que nunca foram ao dentista e a região Sul, os melhores valores relativos ao acesso a serviços odontológicos¹¹.

Entre tantas considerações, a análise das estimativas do Projeto SB Brasil revela que o declínio da cárie dentária na população infantil está ocorrendo de forma desigual na população brasileira. Disparidades relacionadas ao acesso a serviços também foram identificadas. É provável que muitas das diferenças apontadas sejam decorren-

tes do modelo de atenção em cada área geográfica incluindo, entre outros, o impacto de medidas mais gerais, como, por exemplo, a fluoretação da água e do creme dental, e de medidas mais específicas relacionadas ao acesso e utilização de serviços de assistência odontológica¹¹.

Pinto¹⁴ acredita que a existência de serviços odontológicos é apenas uma das variáveis que condicionam os padrões de doenças bucais de uma população e, em geral, não se situa entre as mais importantes; no entanto, Matos *et al.*¹⁵ afirmam que um dos objetivos dos serviços públicos odontológicos é reduzir os efeitos das desigualdades sociais em relação à saúde bucal.

A prestação de serviços em Odontologia pode ser estratificada em quatro níveis distintos e interligados entre si: atenção geral, primária, básica e complexa. O nível de atenção geral compreende os fatores externos condicionantes dos problemas odontológicos ou por eles influenciados. A atenção básica em saúde bucal compreende um conjunto de ações orientado à identificação, prevenção e solução dos principais problemas da população afetada. A atenção de nível complexo ou atenção terciária é aquela que abrange ações que implicam em conhecimentos avançados, desenvolvidas em princípio por especialistas, na área clínica e na reabilitação funcional¹⁶.

A assistência odontológica pública no Brasil tem-se restringido quase que completamente aos serviços básicos — ainda assim, com grande demanda reprimida. Os dados recentes indicam que, no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde), os serviços odontológicos especializados correspondem a 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. A expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica¹⁷.

O Programa de Saúde da Família (PSF) criado pelo Ministério da Saúde em 1994 tem como estratégia prioritária às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família¹⁸.

Diante da necessidade de ampliar a atenção à saúde bucal da população brasileira, o Ministério da Saúde, em 2000, estabeleceu incentivo financeiro para inserção das ações de saúde bucal, por meio da inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa de Saúde da Família (PSF).

Esta medida se aproxima da proposta da atenção odontológica na primeira infância que objetiva a diminuição da necessidade de ações especializadas e complexas na dentição permanente¹⁹.

De acordo com o guia Saúde São Luís, elaborado pela Prefeitura Municipal de São Luís (MA) e Secretaria Municipal de Saúde, na zona urbana e rural do município existem 31 unidades de saúde da família, das quais dezesseis unidades apresentam equipes de saúde bucal²⁰.

Com o objetivo de localizar geograficamente as unidades de saúde com assistência odontológica pública em São Luís (MA), Mendes²¹ realizou levantamento do número de unidades de saúde públicas implantadas no município e sua distribuição nos distritos. Os dados revelam que as unidades de saúde estão equitativamente distribuídas nos distritos sanitários, tanto nas regiões centrais como periféricas. No entanto, a relação mais esperada, para que um consultório atinja seu potencial de utilização, que seria de um consultório para dois dentistas num regime de trabalho de seis horas, só foi observada em 25% das unidades com assistência odontológicas visitadas.

Barros *et al.*²² realizaram estudo com o objetivo de avaliar o acesso e a utilização de serviços odontológicos em relação a diferentes grupos sociais. Os resultados demonstraram uma baixa utilização de serviços odontológicos e grandes diferenciais entre os grupos de maior e menor renda, apontando que aos três anos, 91% das crianças mais pobres e 55% das mais ricas nunca haviam ido ao dentista.

Os serviços odontológicos por tradição têm se preocupado de maneira preponderante com o atendimento de crianças a partir da erupção dos primeiros dentes permanentes.

No Brasil, desde o final da década de 50 e início dos anos 60, houve uma forte concentração das atividades odontológicas desenvolvidas pelas instituições do setor público exatamente junto a faixa etária entre 6 e 14 anos de idade e, de maneira mais específica, em torno do corpo discente das escolas primárias oficiais. Esses esforços foram aplicados por meio do Sistema Incremental da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) do Ministério da Saúde. O Sistema Incremental é um método de trabalho que visa o completo atendimento dental de uma dada população, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle, segundo critérios de prioridades quanto à idade e problemas²³.

Numa tentativa de enfrentar os problemas bucais de maneira precoce e, assim, corrigir al-

gumas das deficiências inerentes aos modelos de intervenção tardia como no sistema incremental clássico, as “clínicas de bebês” ganharam cada vez mais espaço em um número crescente de serviços públicos odontológicos nos municípios brasileiros¹⁶.

A grande demanda de pacientes para as Clínicas de Odontopediatria e Integrada Infantil de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão e Clínica do Curso de Especialização em Odontopediatria da Associação Brasileira de Odontologia do Maranhão (ABO/MA) aponta no município de São Luís (MA) a escassez de serviços públicos que prestam assistência odontológica para infantes e adolescentes com continuidade, de forma que as clínicas de atendimento infantil dessas instituições não conseguem absorver tal demanda. Dessa maneira, torna-se necessário identificar e descrever os prestadores de serviços odontopediátricos no município de São Luís (MA).

Metodologia

Para atender as exigências éticas e científicas fundamentais da Resolução 196/96 (Normas de Pesquisa envolvendo Seres Humanos) do Conselho Nacional de Saúde²⁴, o projeto (071/05) foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Presidente Dutra da UFMA sob o número 33104-135/2005 e aprovado de acordo com o parecer nº 055/2005 em 21/03/2005.

Foi realizada uma investigação descritiva baseada em trabalho de campo utilizando o mapa de distribuição das unidades de saúde municipais e estaduais nos distritos sanitários, de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), do município de São Luís (MA), elaborado por Mendes²¹ e atualizado conforme coleta de dados da SEMUS e Secretaria de Estado da Saúde.

O trabalho de campo compreendeu visitas sistemáticas nas unidades de saúde relacionadas. Foram excluídas desta investigação as unidades de saúde que prestam somente assistência médica, perfazendo um universo de 51 (cinquenta e uma) unidades de saúde municipais e estaduais com assistência odontológica distribuídas nos distritos sanitários. A amostra não-probabilística foi composta por 45 unidades, pois foram excluídas seis unidades que estavam em implantação do Programa de Saúde da Família ou fechadas por motivo de reforma.

Antes de iniciar o trabalho de campo, foram enviados ofícios para a divisão de Odontologia

da Secretaria Municipal de Saúde e Coordenadoria da área de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde, explicando os objetivos da pesquisa e solicitando autorização para a realização das visitas e aplicação do questionário. As visitas foram executadas após autorização das respectivas secretarias.

Durante visita a cada unidade de saúde, foi realizada uma entrevista em forma de questionário. Para o preenchimento correto e completo do questionário, foi realizada a entrevista com o diretor ou responsável pela unidade de saúde ou o responsável pelo serviço de saúde bucal e/ou próprio cirurgião-dentista. Antes de iniciar o preenchimento do questionário, foram feitos os esclarecimentos do objetivo e metodologia da pesquisa e, em seguida, a solicitação de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos entrevistados. Cada entrevista durou, em média, dez minutos e foi conduzida pela pesquisadora.

As unidades de saúde foram classificadas de acordo com o nível de complexidade em atenção primária (centro ou unidades de saúde), secundária (unidades mistas) e terciária (hospitais)²¹. A assistência odontológica em cada unidade foi classificada em básica ou complexa, conforme Pinto¹⁶.

O termo atendimento odontopediátrico utilizado neste questionário refere-se ao atendimento odontológico direcionado a crianças e não se refere ao atendimento odontopediátrico que compreende as atribuições do Odontopediatra segundo a Resolução nº 22 /2001²⁵. Quanto à questão relacionada aos tipos de procedimentos realizados nas unidades, foram considerados procedimentos preventivos: raspagem supra-gengival, profilaxia, orientação de higiene bucal e fluoroterapia e endodônticos: pulpotomia (tratamento da polpa coronária) e pulpectomia (tratamento da polpa radicular). Considerou-se o profissional intitulado especialista em Odontopediatria aquele que possui inscrição como Odontopediatra no Conselho Regional de Odontologia do Maranhão.

Os dados coletados foram tabulados e apresentados de modo descritivo por meio de tabelas.

Resultados

Do universo total de 51 unidades de saúde com assistência odontológica, foram realizadas 50 visitas, no entanto em cinco unidades não foi possível realizar o preenchimento do questionário, perfazendo um total de 90% da amostra (Tabela 1).

A Tabela 1 mostra o número de unidades de saúde públicas municipais e estaduais existentes e visitadas. Foi observada uma média de 7,1 unidades de saúde com assistência odontológica em cada distrito sanitário do município. Vinte e oito (56%) unidades estão localizadas nos distritos mais centrais do município: Centro, Coroadinho, Bequimão e Cohab.

As unidades de saúde visitadas e com dados coletados (n=45) foram distribuídos de acordo com o nível de complexidade, sendo a maioria (77,8%) de atenção primária, correspondendo aos Centros de Saúde e Unidade de Saúde da Família, conforme a Tabela 2.

Em relação ao nível de atenção da assistência odontológica, as unidades visitadas foram classificadas em unidades de atenção básica ou complexa conforme mostra a Tabela 3. A atenção básica corresponde a 75,5% da assistência odontológica nas unidades de saúde.

A distribuição das unidades de saúde visitadas de acordo com o número de consultórios odontológicos e consultórios odontológicos em funcionamento revelou que apenas uma unidade não apresenta todos os consultórios implantados em disponibilidade de atendimento. Segundo o número de cirurgiões-dentistas lotados nas unidades de saúde visitadas, verificou-se que em dezessete havia somente um cirurgião-dentista, enquanto que em apenas uma unidade estavam lotados 29 cirurgiões-dentistas.

Conforme os turnos de atendimento odontológico e número de dias semanais, as unidades de saúde se distribuem em unidades que atendem durante cinco dias em três turnos (2 unidades - 4,44%), dois turnos (35 unidades - 77,77 %) e um turno (4 unidades - 8,88%), em três dias e dois turnos (3 unidades) e em dois dias e dois turnos (1 unidade - 2,22%).

A coleta dos dados mostrou que 91,11% (41) das unidades de saúde visitadas disponibilizam atendimento odontológico para crianças. Das unidades de saúde que disponibilizam esse serviço, apenas 7 possuem consultórios específicos para este tipo de atendimento e outras 7 disponibilizam dias da semana específicos para o atendimento de crianças, enquanto que em 65,75% das unidades (27) o atendimento é diário e universal.

O número de cirurgiões-dentistas especialistas em Odontopediatria se reduz a seis profissionais lotados em cinco unidades de saúde.

Das 41 unidades visitadas que disponibilizam atendimento odontopediátrico, 40 (97,5 %) atendem as faixas etárias que variam de 6 a 9 e de 9 a 12 anos, enquanto que apenas 19 (46,34%) atendem a faixa etária de 0 a 3 anos.

Conforme a distribuição das unidades de saúde visitadas que disponibilizam atendimento odontopediátrico em consultório ou em dias específicos de acordo com as faixas etárias atendidas, todas as catorze unidades que disponibilizam atendimento separado assistem a faixa etária de

Tabela 1. Número de unidades de saúde com assistência odontológica visitada e com questionário preenchido. São Luís, 2005.

Unidades de saúde	Assistência odontológica	Visitas	%	Reforma / interdição	Implantação	Questionário	%
Municipal	34	34	100	03	01	30	88,23
Estadual	17	16	94,1	01	-	15	88,23
Total	51	50	98	04	01	45	90

Tabela 2. Distribuição das unidades visitadas de acordo com o nível de complexidade. São Luís, 2005.

Unidades	Atenção primária (centro e unidades de saúde)	%	Atenção secundária (unidades mistas)	%	Atenção terciária (hospitais)	%	Total
Municipal	24	75	4	12,5	4	12,5	32
Estadual	11	84,6	-	-	2	15,4	13
Total	35	77,8	4	8,9	6	13,3	45

3 a 6 anos. Em 13 (92,85%) unidades de saúde, é disponibilizado o atendimento para as seguintes faixas etárias: 6 a 9 e 9 a 12. Para as faixas etárias de 12 a 15 e 15 a 18, a quantidade de unidades que disponibilizam atendimento separado se reduz para sete e duas unidades respectivamente. No entanto, uma unidade de saúde mantém o atendimento em consultório específico com profissional especialista apenas para a faixa etária de 0 a 3 anos.

Todas as unidades visitadas oferecem tratamento cirúrgico (exodontia simples) para a dentição permanente; porém 10 (22,2%) das unidades oferecem tratamento endodôntico (pulpotomia) para dentes decíduos e apenas 2 para dentes permanentes, conforme se observa na Tabela 4.

Catorze unidades (31,11%) de saúde visitadas estão vinculadas ao Programa de Saúde da Família (PSF), denominadas de Unidades de Saú-

de da Família (USB), e cada uma apresenta apenas uma equipe de saúde bucal (ESB). O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) está implantado em apenas uma (2,22%) unidade de saúde visitada.

Palestras educativas sobre higiene bucal e aplicação de flúor supervisionada são atividades de extensão desenvolvidas em cinco (11,11%) unidades de saúde. Um pouco mais da metade das unidades (55,55%) não desenvolvem atividades de extensão e não estão inseridas em programas governamentais com ações educativas em saúde bucal.

Discussão

Estudos da distribuição, disponibilidade e cobertura dos serviços odontológicos são pouco realizados no Brasil, mesmo considerando-se que um dos objetivos dos serviços públicos odontológicos é reduzir os efeitos das desigualdades sociais em relação à saúde bucal¹⁵.

De acordo com os resultados deste estudo, pode-se ter uma descrição da oferta de tratamento odontológico para infância e adolescência nas unidades de saúde públicas municipais e estaduais nos Distritos Sanitários do Município de São Luís.

A Odontologia no Sistema de Saúde busca a reordenação das ações sanitárias e, por via de consequência, a transformação do modelo de atenção prevalente²⁶; assim, inseridas na saúde pública, as ações bucais de atenção básica são ou estão sendo municipalizadas. Dessa maneira, observa-se um número superior de unidades municipais (30) em relação às estaduais, mesmo existindo onze unidades estaduais, de um total de quinze, classificadas como atenção primária.

A atenção básica corresponde a 75,5 % do atendimento em Odontologia nas unidades descritas. Dentre as unidades que prestam atendimento complexo, destaca-se o Centro Odontológico da Alemanha (COA). É uma unidade de saúde estadual de exclusivo atendimento odontológico. A pulpotomia é considerada um procedimento complexo, o que justifica o número de 11 unidades classificadas como de atenção complexa, mesmo realizada na sua maioria (10) em dentes decíduos.

A oferta da assistência odontológica é de atenção básica nas unidades pesquisadas, o que ressalta que, no Brasil, a assistência odontológica pública tem-se restringido quase que completamente aos serviços básicos¹⁷.

Tabela 3. Distribuição das unidades visitadas de acordo com o nível de atenção da assistência odontológica. São Luís, 2005.

Unidades	Atenção básica	%	Atenção complexa*	%	Total
Municipal	26	76,5	04	36,3	30
Estadual	8	23,5	07	63,7	15
Total	34	75,5	11	24,5	45

*pulpotomia ou prótese.

Tabela 4. Distribuição das unidades de saúde visitadas de acordo com os tratamentos oferecidos para as dentições decídua e permanente. São Luís, 2005.

Tipo de tratamento	Nº de unidades decídua	%	Nº de unidades permanente	%
Preventivo [†]	41	91,1	42	93,3
Restaurador	39	86,6	42	93,3
Cirúrgico (exodontia)	41	91,1	45	100
Endodontia	10**	22,2	02	4,4
Radiologia	04	8,88	04	8,88
Prótese	-	-	01	2,2
Emergência	13	28,8	15	33,3

[†] raspagem, profilaxia, orientação de higiene bucal e aplicação tópica de flúor.

** pulpotomia.

Como a expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica, as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal¹⁷ recomendam a ampliação e qualificação da atenção básica conforme várias ações, dentre as quais, a inclusão de procedimentos mais complexos (pulpotomias, restauração de dentes com cavidades complexas ou pequenas fraturas dentárias e a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares, tratamento periodontal não-cirúrgico) na atenção básica.

Em unidades de saúde municipais onde não foi possível a coleta de dados, devido à reforma ou implantação do serviço, justifica-se pela reorganização dessas unidades de centro de saúde para unidades de saúde da família (USF). Mesmo assim, a coleta de dados foi realizada em 90% das unidades, possibilitando o estudo proposto, uma vez que caracteriza uma amostra por conglomerado: as Unidades de Saúde formam “subconjuntos” com características bastante semelhantes, fisicamente próximos uns dos outros²⁷.

A distribuição das unidades de saúde com assistência odontológica apresenta-se de forma equivalente nos distritos sanitários quando se compara o número total de unidades de saúde por distrito. Este dado permite correlação com os resultados encontrados por Mendes²¹ no que se refere à equidade da distribuição das unidades. No entanto, 57% da oferta de assistência odontológica se concentram nos distritos sanitários mais centrais do município.

Apesar da amostra estudada por Mendes²¹ ter sido de 70% das unidades de saúde do município, o presente estudo permite correlações com o mesmo, pois foi realizado somente nas unidades de saúde com assistência odontológica, as quais foram cobertas pela pesquisa citada.

Os resultados que correspondem ao número proporcional de consultórios instalados e disponíveis para atendimento apresentam, em quase sua totalidade, a relação de um para um (1:1). No entanto, a análise das unidades de forma separada revela uma desproporção da distribuição dos cirurgiões-dentistas lotados nas unidades visitadas. O elevado número de profissionais em uma única unidade (Centro Odontológico da Alemanha) justifica-se pelo fato desta unidade referir-se a um centro odontológico com 7 consultórios que funcionam nos turnos matutino, vespertino e noturno, além do plantão de urgência odontológica.

Em outras unidades, a proporção do número de consultórios disponíveis em relação ao número de profissionais lotados e turnos de atendimen-

to são irregulares, confirmando a constatação feita por Mendes²¹, que encontrou uma relação de um consultório para três ou mais cirurgiões-dentistas em 27,78% das unidades de saúde. Estes dados indicam que os cirurgiões-dentistas se alternam na utilização do consultório odontológico, mantendo o atendimento durante todo o dia.

No presente trabalho, 77,77% das unidades visitadas disponibilizam atendimento odontológico em dois turnos durante os cinco dias da semana; no entanto “*in loco*”, o turno (matutino e vespertino) se resume a duas horas, ou a número limite de pacientes agendados. Mendes²¹ constatou um regime de trabalho de seis horas por turno em apenas 25% das unidades com assistência odontológicas visitadas.

O atendimento odontopediátrico é realizado em 91,11% das unidades de saúde visitadas. No entanto, a assistência odontológica às crianças e adolescentes é restrita a ações de saúde bucal de atenção básica.

Das quarenta e uma unidades prestadores de atendimento odontopediátrico, 34,15% (14) disponibilizam consultório específico (7) ou dias específicos (7) para atendimento infantil, apesar do reduzido número (6) de cirurgiões-dentistas especialistas em Odontopediatria lotados em apenas cinco unidades. Barros *et al*²² insistem que o investimento maciço em serviços especializados de Odontologia poderia parecer uma providência para diminuir as desigualdades no acesso e utilização de serviços odontológicos, porém não é a solução mais imediata para o problema.

O atendimento de crianças com idade entre 6 e 12 anos é maciço nas unidades visitadas. Este dado é reflexo da clássica prioridade da Odontologia dada a essa faixa etária¹⁴ e pela metodologia das atividades desenvolvidas pelo Sistema Incremental do Ministério da Saúde²³. Deste dado é importante salientar que, nesta faixa etária, apesar de predominar dentes permanentes, pouca ou quase nenhuma atenção é dada aos dentes decíduos. Mesmo nas catorze unidades de saúde com atendimento odontopediátrico específico, a prioridade conferida à faixa etária de 6 a 12 anos se repete.

Entretanto, o atendimento de crianças de 0 a 3 anos descrito em dezenove unidades de saúde desperta atenção. Esta observação explica-se pelo fato de catorze dessas unidades serem unidades de saúde da família, onde o atendimento é universal para todas as idades¹⁸. Portanto, trata-se de um atendimento generalista, diferente de uma única unidade descrita com atendimento de profissional especialista para essa faixa etária. Este

não é um procedimento padrão nas unidades de saúde e trata-se de iniciativa isolada desta unidade e restringe-se a tratamento preventivo apenas.

Os tipos de tratamento disponibilizados para os dentes decíduos e permanentes mostraram-se equivalentes, apesar da oferta de tratamento preventivo e restaurador para dentição permanente ser levemente superior à oferecida para a dentição decídua. Em relação à disponibilidade de tratamento restaurador para a dentição decídua, estes resultados refletem dados do Projeto SB Brasil¹¹, onde crianças do Norte e Nordeste do país apresentam os maiores números de dentes cariados não tratados.

Dados relativos à cárie dentária resultante do SB Brasil¹¹ demonstram que quase 27% das crianças de 18 a 36 meses apresentaram pelo menos um dente decíduo com cárie dentária, sendo que a proporção chega a quase 60% das crianças de cinco anos de idade. Destes dados, pode-se inferir uma correlação positiva com a demanda reprimida de crianças com necessidade de tratamento complexo que o serviço público não consegue absorver.

Sendo assim, Pinto²⁸ ressalta que a adequação dos serviços de saúde ao quadro epidemiológico predominante e aos problemas mais típicos de cada sociedade continua se constituindo num dos principais desafios a serem vencidos pelo mundo contemporâneo.

A ausência de programas de saúde bucal foi observada em 25 (55,55 %) das unidades visitadas. O Programa de Saúde da Família (PSF) está implantado em catorze unidades visitadas, sendo que em cinco unidades, conforme informações coletadas, são desenvolvidos programas de extensão com atividades de palestras e aplicação de fluoretos supervisionada. Pinto¹⁶ ressalta que os programas escolares que obtiveram êxitos inegáveis foram exatamente aqueles que, seguindo os preceitos fundamentais do Sistema Incremental, intensificaram as ações preventivas e educativas como contraponto ao trabalho curativo exclusivo.

Baldani *et al.*¹⁰, numa reflexão mais aprofundada sobre o tema, indicam que a possibilidade de intervenção sobre a cárie dentária deve ser direcionada, além da melhorias das condições de vida, para a esfera dos serviços de saúde, cujo uso adequado vai além da possibilidade de acesso.

No presente trabalho, não foi considerada as condições de acesso aos serviços pelas crianças e adolescentes, tornando-se evidente a necessidade de novas pesquisas com o objetivo de verificar a correlação entre a oferta e acesso aos serviços descritos. Portanto, a avaliação da realidade de atendimento odontopediátrico no município de São Luís é claramente uma necessidade.

Conclusões

A partir da metodologia utilizada nessa investigação e dos resultados obtidos, conclui-se que:

- a) O atendimento odontopediátrico apresenta grande oferta de serviços, porém são restritos a procedimentos de atenção básica, apontando baixa resolutividade dos problemas;
- b) A distribuição dos cirurgiões-dentistas especialistas em Odontopediatria não acompanha a disponibilidade de atendimento odontológico para crianças em dias e/ou consultórios específicos;
- c) A atenção odontológica infantil é voltada para a dentição permanente visto que o atendimento odontológico para crianças se concentra na faixa etária de 6 a 12 anos;
- d) Mesmo em processo de municipalização da saúde e implantação de unidades de saúde da família, a maioria (55,5%) das unidades não romperam como o modelo assistencial tradicional de atendimento de livre demanda, e
- e) Estes dados servem de base para a concretização de novas pesquisas; no entanto, para contribuir com resultados que possam subsidiar uma proposta de reestruturação dos serviços, os dados descritivos desta investigação necessitam de uma avaliação qualitativa entre oferta e acesso aos serviços.

Colaboradores

MC Batista da Silva participou da concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. RA da Silva participou da análise e interpretação dos dados e redação do artigo e revisão crítica. CC Costa Ribeiro participou da análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica. MCFN da Cruz participou da análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica.

Referências

1. Pinto VG. A odontologia no município: guia para organização de serviços e treinamento de profissionais a nível local. *RGO* 1996; 253.
2. Weyne SC. Construção do paradigma de promoção de saúde: um desafio para novas gerações. In: Kriger L. *Promoção de saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas; 1999. p. 3-26
3. Moura BN *et al*. Cárie dentária relacionada ao nível socioeconômico em escolares em Araraquara. *Rev Odontol UNESP* 1996; 85:97-107
4. Irigoyen ME, Maupome G, Meija AM. Caries experience and treatment needs in 6-12 years old urban population in relation to socio-economic status. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999; 16:245-249.
5. Peres KGA, Bastos JRM, Latorre MRDO. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. *Rev. Saúde Pública* 2000; 34 (6):402-408.
6. Gillcrist JA, Brumley DE, Blackford JU. Community socioeconomic status and children's dental health. *J Am Dent Assoc*. 2001; 132:216-222.
7. Nadanovsky P, Sheiham A. Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-year-old children in 18 industrialized countries in 1970s and early 1980s. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 23:331-339.
8. Lallo R *et al*. Dental caries, socioeconomic development and national oral health policies. *Int. Dent. J* 1999; 49:196-202.
9. Antunes JLF *et al*. Spatial analysis to identify differentials in dental needs by area-based measures. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30:133-142.
10. Baldani MH, Vasconcelos AGG, Antunes JLF. Associação do índice CPO-D com indicadores sócio-econômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:143-152.
11. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Projeto SB Brasil: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – resultados principais*. Brasília; 2004.
12. Brasil. Divisão Nacional de Saúde Bucal. *Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana*. Brasília; 1988.
13. Brasil. *Resultado de levantamento epidemiológico da cárie no Brasil em 1996*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998 [acessado 2003 Jul 15]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
14. Pinto VG. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: Kriger L. *Promoção de saúde bucal*. 1ª. ed. São Paulo: Artes Médicas; 1999. p. 29-41.
15. Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. *Rev. Saúde Pública* 2002; 36: 237-243.
16. Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. 4ª. ed. São Paulo: Ed. Santos; 2000.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

18. Brasil. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa**. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.
19. Matos PE de S, Tomita NE. A inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. **Cad Saúde Pública** 2004; 20:1538-1544.
20. São Luís. Prefeitura Municipal de São Luís. Secretaria Municipal de Saúde. **Saúde São Luís: o seu guia de bolso**. São Luís (MA); 2004.
21. Mendes MCC. **Distribuição e aspectos relevantes da assistência odontológica pública em São Luís - MA** [dissertação]. São Luís (MA): Universidade Federal do Maranhão; 2003.
22. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Rev C S Col** 2002; 7:709-17.
23. Fundação Serviços de Saúde Pública. **Unidade Sanitária: normas e instruções**. Rio de Janeiro; 1993.
24. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de Ética em Pesquisa. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos (Res. 196/96) e outras**. Brasília; 2002.
25. Brasil. Resolução nº 22, de 27 de dezembro de 2001. Baixa as normas sobre anúncio e exercício de especialidades odontológicas e sobre cursos de especialização revogando as redações dos Capítulos VIII, Título I; Capítulo I, II, III, Título III das Normas aprovadas pela Resolução CFO 185/93, alterada pela resolução 198/95. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil** 2002; 25 jan.
26. Brasil. Portaria nº 373/ GM, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova normas operacionais na NOAS-SUS 01/2002. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil** 2002; 28 fev.
27. Stevenson W.J. **Estatística aplicada à administração**. São Paulo: Harper & Row do Brasil; 1998.
28. Pinto VG. Relacionamento entre padrões de doença e serviços de atenção odontológica. **Rev. Saúde Pública** 1989; 23:509-514.

Artigo apresentado em 16/01/2006

Aprovado em 19/09/2006

Versão final apresentada em 27/09/2006