

Artigo Original

Análise dos indicadores de saúde bucal do Estado de Pernambuco: desempenho dos municípios segundo porte populacional, população cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica e proporção na Estratégia Saúde da Família

Analysis of oral health indicators of Pernambuco: performance of cities according to size population, population enrolled in the Information System for Primary Care and proportion in the Family Health Strategy

Fernando Castim Pimentel¹, Paulette Cavalcanti de Albuquerque², Petrônio José de Lima Martelli², Raquel Moura Lins Acioli¹, Wayner Vieira de Souza²

Resumo

Este estudo teve como objetivo analisar a assistência à saúde bucal no Estado de Pernambuco, com base em seus indicadores, segundo às variáveis porte populacional, proporção da população cadastrada e relação entre as equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal. Para isso, foram utilizados dados secundários obtidos do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), utilizando os testes estatísticos ANOVA e Kruskal-Wallis para análise dos dados. Os resultados mostraram que o porte populacional dos municípios demonstrou estar relacionado com o desempenho de alguns indicadores: municípios de grande porte apresentaram menores valores para proporção de exodontias ($p=0,0006$). A organização das equipes de saúde bucal foi outro aspecto discutido neste estudo, observando-se que quanto maior a cobertura e quando a relação entre as equipes era 1:1, mais favoráveis eram os indicadores de primeira consulta odontológica, escovação supervisionada, média de procedimentos odontológicos individuais e proporção de exodontias, todos apresentando diferenças estatisticamente significantes ($p<0,05$). Dessa forma, pode-se concluir que aspectos demográficos, de cobertura da estratégia e de relação proporcional das equipes influenciam o desempenho de indicadores em saúde bucal em municípios do Estado de Pernambuco.

Palavras-chave: saúde bucal; odontologia em saúde pública; serviços de saúde bucal; avaliação em saúde; Programa Saúde da Família.

Abstract

This study aimed to analyze the oral health care in the state of Pernambuco, from its indicators, according to variable population size, proportion of the population registered teams and the relationship between family health and oral health teams. For this, we used secondary data obtained from the Outpatient Information System (SIA/SUS), National Registry of Health (CNES) and Information System of Primary Care (SIAB), using the ANOVA and Kruskal-Wallis test for data analysis. The results showed that the population size of cities has shown to be related to the performance of some indicators: large cities had lower values for

Trabalho realizado no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – Recife (PE), Brasil.

¹Doutorandos em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da FIOCRUZ – Recife (PE), Brasil.

²Doutores em Saúde Pública; Pesquisadores do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da FIOCRUZ – Recife (PE), Brasil.

Endereço para correspondência: Fernando Castim Pimentel – Observatório de Recursos Humanos – Departamento de Saúde Coletiva – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – Avenida Prof. Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária – CEP: 50040-010 – Recife (PE), Brasil – E-mail: nandocastim@yahoo.com.br

Conflito de interesses: nada a declarar.

proportion of tooth extractions ($p=0,0006$). The organization of oral health teams was another aspect discussed in this study, noting that the greater the coverage and when the relationship between the teams was 1:1, the indicators were more favorable for the first dental visit, supervised brushing, average number of procedures and proportion of individual dental extractions, all show significant differences ($p<0,05$). Thus, it can be concluded that demographics, coverage of the strategy and proportional relationship teams influence the performance of oral health indicators in municipalities in the state of Pernambuco.

Keywords: oral health; public health dentistry; dental health services; health evaluation; Family Health Program.

INTRODUÇÃO

A odontologia, durante muitos anos, conviveu com um modelo de atenção à saúde hegemônico, o qual limitava-se à realização de restaurações e extrações dentárias seriadas¹. As ações coletivas apresentavam características de campanha, pois eram descontínuas e esporádicas e resumiam-se à fluoretação das águas ou à realização de bochechos fluoreados semanais².

A inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família criou a possibilidade de se instituir um novo paradigma, que expanda e reorganize as atividades de saúde bucal de acordo com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)³.

Percebe-se, então, que o número de equipes de saúde bucal (ESB) vem crescendo ao longo dos anos no Brasil⁴. Em Pernambuco, no ano de 2001, o Estado apresentava 132 ESB distribuídas em 39 municípios e, em 2009, o número de equipes era 1.296, distribuídas em 180 municípios⁵. Em 2010, o número de ESB implantadas no País alcançou 20.280 e em Pernambuco, 1.324⁶.

Entretanto, a saúde bucal no Brasil se depara, há algum tempo, com a incapacidade do modelo de oferta de serviços de incorporar tecnologias que preservem os dentes e procedimentos restauradores inseridos em uma lógica de promoção de saúde. Analisando o modelo de oferta de serviços em função da demanda, pode-se observar que, do ponto de vista do setor público, ainda persistem em muitos municípios brasileiros, particularmente no Norte e Nordeste, sistemas de prestação de serviços odontológicos públicos pautados essencialmente na oferta de exodontias. Pode-se constatar que, no Nordeste, 16% dos municípios apresentam o indicador “percentual de exodontias em relação aos procedimentos básicos individuais” entre 30% e 50%, quando a média nacional é de 7% e, no Sul, é de apenas 2,6%⁷.

Apesar do grande esforço para efetivação dessa nova forma de cuidado, os municípios ainda encontram dificuldades para a realização de práticas como visitas domiciliares pelo dentista e ações de prevenção e promoção à saúde⁸. Além disso, muitas vezes, os princípios que reorientam a forma de atuação da saúde bucal são perdidos pela grande demanda reprimida e por problemas administrativos⁹, o que faz com que a prática profissional continue amarrada a uma demanda crescente de atendimento cirúrgico-restaurador, sem alcançar melhorias nas condições de saúde da comunidade¹⁰.

É importante avaliar essas questões para a identificação de aspectos relevantes na organização dos serviços de saúde, além da tomada de decisão por parte dos gestores e profissionais de saúde. Para isso, é fundamental o uso de indicadores, pois permitem uma avaliação da evolução da situação da saúde bucal como um todo¹¹. O Ministério da Saúde, por meio do Pacto da Atenção Básica, definiu alguns indicadores que constituem instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e dos serviços de saúde referentes à atenção básica¹². Para a saúde bucal, os indicadores utilizados correspondem à cobertura da primeira consulta odontológica programática, à cobertura da ação coletiva Escovação Dental Supervisionada, à média de procedimentos odontológicos básicos individuais, à proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais e à proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais¹³.

Atualmente, o sistema de informação mais utilizado para o acompanhamento e a avaliação dos serviços de saúde constitui o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), no qual a unidade de registro de informações é o procedimento ambulatorial realizado de acordo com os atos profissionais (consulta, aplicação de flúor, restauração, exodontia etc). Dessa forma, a consulta ao SIA/SUS permite um acompanhamento da programação da produção ambulatorial odontológica e a construção dos indicadores quantitativos das ações desenvolvidas, o que orienta a avaliação da organização da saúde bucal nos municípios¹⁰.

A problematização de questões dessa natureza traz um melhor conhecimento sobre o modelo de atenção desenvolvido no Estado de Pernambuco e a influência de aspectos relacionados à população dos municípios, cobertura e forma de organização das ESB na Estratégia Saúde da Família nos resultados dos indicadores, pois se supõe que os municípios de grande porte, com maior poder econômico e maior estrutura de serviços disponível para o desenvolvimento das ações de saúde, teriam um melhor desempenho dos seus indicadores, quando comparados aos municípios de médio e pequeno porte. Além disso, levantou-se a hipótese de que o desempenho dos indicadores de saúde bucal difere entre os estratos da população cadastrada ou segundo a relação entre ESB e equipes de saúde da família (ESF), sendo que, para essas variáveis, incidem outras características mais relacionadas com a organização dos serviços de saúde nos municípios.

Com isso, este estudo teve como objetivo analisar os indicadores de saúde bucal do Estado de Pernambuco, segundo as variáveis porte populacional, proporção da população cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e relação entre ESF e ESB.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo ecológico, com a utilização de dados secundários, nos 185 municípios do Estado de Pernambuco, no ano de 2008. Foram utilizadas informações relativas ao acesso e aos serviços de atenção básica à saúde bucal, caracterizadas pelos indicadores, a fim de identificar o tipo de atenção em saúde bucal adotada no Estado de Pernambuco.

Esse Estado está dividido em 185 municípios, que, segundo estimativas intercensitárias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2008, tem uma população de 8.734.194 habitantes, dos quais 89,13% são cobertos pela Estratégia de Saúde da Família ou pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), os quais apresentaram uma rápida expansão nos últimos 10 anos, atingindo todos os municípios do Estado e do distrito de Fernando de Noronha.

Os dados referentes aos indicadores de saúde bucal foram obtidos pelo SIA/SUS, banco de dados do Ministério da Saúde (DATASUS), no site <http://www.datasus.gov.br>. Segundo Barros e Chaves¹⁰, a consulta ao SIA/SUS permite um acompanhamento da programação da produção ambulatorial odontológica e a construção de alguns indicadores quantitativos das ações desenvolvidas, orientando a avaliação da organização da saúde bucal nos municípios.

Foi escolhida a “quantidade apresentada”, pois esse modo de registro contém todos os procedimentos informados ao sistema^{10,14}.

Além dos dados do SIA/SUS, também foram necessários, para a avaliação dos indicadores, dados sobre a população presente nos municípios no ano de 2008, obtidos por meio do site

do DATASUS, embora sejam projeções intercensitárias realizadas pelo IBGE.

Na fase de coleta dos dados, foram utilizados os seguintes indicadores de saúde bucal¹³, os quais correspondem a variáveis dependentes (quantitativa contínua):

a) cobertura de primeira consulta odontológica programática – cálculo: número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado local e período dividido pela população total no mesmo local e período, multiplicado por 100;

b) cobertura da ação coletiva Escovação Dental Supervisionada – cálculo: média anual de pessoas participantes na ação coletiva Escovação Dental Supervisionada realizada em determinado local e período dividido pela população total no mesmo local e período, multiplicado por 100;

c) média de procedimentos odontológicos básicos individuais – cálculo: número de procedimentos odontológicos básicos individuais em determinado local e período dividido pela população total no mesmo local e período;

d) proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais – cálculo: número de exodontias de dentes permanentes realizadas em determinado local e período dividido pelo número de procedimentos odontológicos básicos individuais no mesmo local e período, multiplicado por 100.

Segundo Padilha et al.¹¹, é fundamental o uso de indicadores, pois permitem uma avaliação do desempenho das equipes e da evolução da situação da saúde bucal como um todo.

Para minimizar inconsistências, foram excluídos alguns valores extremos, também denominados *outliers*, que eram distantes dos demais, o que pode ser resultado de possíveis erros no registro das informações. Assim, para o indicador de cobertura da primeira consulta odontológica programática, foram analisadas as informações de 181 municípios (4 exclusões) e para o indicador da ação coletiva Escovação Dental Supervisionada, foram analisados 182 municípios (3 exclusões) (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição dos indicadores de Saúde Bucal no Estado de Pernambuco – 2008

	Primeira consulta (média para 100 habitantes)	Escovação supervisionada (média para 100 habitantes)	Proporção de exodontias (média para 100 habitantes)	Média de procedimentos básicos (média por habitante)
n	181	182	185	185
n com valor=0	1	37	4	1
Mínimo	0,0	0,0	0,0	0,0
25%	4,1	0,0	12,1	0,2
50%	9,9	0,3	16,8	0,4
Média	13,0	1,1	21,3	0,5
Desvio padrão	11,4	2,1	15,1	0,4
75%	18,0	1,4	26,4	0,7
Máximo	68,4	16,8	93,6	2,5

Como variáveis independentes (qualitativas ordinais) utilizadas no estudo, tem-se porte populacional, proporção da população cadastrada no SIAB e relação entre ESF e ESB.

A variável porte populacional foi classificada em municípios com mais de 100 mil habitantes (grande porte), com uma população de 20 mil a 100 mil habitantes (médio porte) e com menos de 20 mil habitantes (pequeno porte).

Para o cálculo da proporção da população cadastrada na Estratégia Saúde da Família, utilizou-se como referência o Instrutivo dos Indicadores para Pactuação Unificada do Ministério da Saúde¹⁵. No numerador, foram utilizados os dados do SIAB/MS/DATASUS referentes ao número de pessoas acompanhadas pelas ESB de cada município, em dezembro de 2008, e no denominador, a população estimada pelo IBGE para o mesmo ano, multiplicando-se o resultado por 100. Depois de calculada, essa variável foi dividida com base na sua distribuição por quartil em coberturas menores ou iguais a 44,30%; maiores que 44,30% e menores ou iguais a 65,80%; maiores que 65,80% e menores ou iguais a 89,24%; e cobertura maior que 89,24%.

Além disso, a fim de estabelecer e relação das ESF e das ESB existentes nos municípios, dividiu-se o número de ESF pelo número de ESB de cada município em dezembro de 2008. Por fim, essa relação foi dividida nos estratos 1:1, até 2:1 e maior que 2:1.

Na fase de análise dos dados, procurou-se verificar a relação entre os indicadores de saúde bucal e variáveis como porte populacional, proporção da população cadastrada no SIAB e relação ESF x ESB.

Foi realizada a análise dos dados pelo programa Epi-Info 3.5.1[®], utilizando-se os testes estatísticos ANOVA e Kruskal-Wallis, a fim de verificar diferenças entre as médias dos indicadores e as variáveis citadas. Destina-se a comparar três ou mais amostras independentes, cujos escores devem ser mensurados, pelo menos, em nível ordinal. Os resultados foram apresentados em tabelas elaboradas por meio do programa Microsoft Excel.

Este trabalho foi parte integrante do Projeto de Pesquisa “Atenção primária à saúde no Estado de Pernambuco”, financiado pelo CNPq e pelo Observatório de Recursos Humanos do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (Nesc/CPqAM/FIOCRUZ), que atende ao Edital MCT/CNPq Universal nº 15/2007 na faixa B e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM/FIOCRUZ (nº 129/2008) em 04 de dezembro de 2008.

RESULTADOS

Com relação aos indicadores de saúde bucal no Estado de Pernambuco em 2008, observou-se, na Tabela 1, o valor mínimo de zero para todas as variáveis. Foram observados

valores médios de 13,0% para o indicador de primeira consulta odontológica programática, 1,1% para escovação supervisionada, 21,3% para a proporção de exodontias no total de procedimentos odontológicos individuais e 0,5/habitante para a média de procedimentos odontológicos básicos individuais.

Podem-se notar, inicialmente, os baixos valores dos indicadores de primeira consulta, escovação supervisionada e média de procedimentos básicos individuais, visto que o relatório de indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde¹⁶ estabelece os valores de 30, 5 e 2,5, respectivamente, como parâmetros, e cada município pode pactuar com esses valores, de acordo com a sua realidade local.

A Tabela 2 mostra a relação dos indicadores de saúde bucal com o porte populacional dos municípios. Nela, observa-se que o indicador de cobertura da primeira consulta odontológica programática apresentou o valor de suas médias muito próximo entre os municípios de grande, médio e pequeno portes, não evidenciando assim uma diferença estatisticamente significativa entre eles. O mesmo acontece com os indicadores de cobertura da ação coletiva Escovação Dental Supervisionada e a média de procedimentos básicos individuais.

O indicador de proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais mostrou que os municípios de pequeno porte (média de 22,5) realizam aproximadamente 2,6 vezes mais exodontias quando comparados aos municípios de grande porte (média de 8,5).

Tabela 2. Indicadores de saúde bucal por porte dos municípios – Pernambuco, 2008

Indicador	Média (para 100 habitantes)	Média±DP	Valor p
Primeira consulta odontológica			
GP	12,8	12,8±2,5	
MP	12,2	12,2±9,4	0,6480*
PP	13,8	13,8±13,6	
Escovação supervisionada			
GP	2,7	2,7±2,9	
MP	1,0	1,0±2,2	0,0784**
PP	1,1	1,1±1,9	
Proporção de exodontias			
GP	8,5	8,5±4,8	
MP	21,7	21,7±14,0	0,0006*
PP	22,5	22,5±16,1	
Média de PBI			
GP	0,5***	0,5±0,4	
MP	0,4***	0,4±0,4	0,7471**
PP	0,5***	0,5±0,4	

*Teste de Kruskal-Wallis; **ANOVA; ***média por habitante.

GP: grande porte; MP: médio porte; PP: pequeno porte; PBI: Procedimentos Básicos Individuais.

Ao analisar os indicadores de saúde bucal pela proporção da população cadastrada no SIAB (Tabela 3), pode-se constatar grandes diferenças entre os municípios: as primeiras consultas tiveram maior média (18,9) nos municípios onde a proporção da população coberta era maior que 89,24%, assim como a média de procedimentos odontológicos básicos individuais (0,8). Com relação à Escovação Dental Supervisionada, os indicadores apresentaram-se melhores nos municípios com população cadastrada acima de 65,80%. Entretanto, o indicador de exodontias mostrou um resultado inverso e se apresentou elevado (29,6) nos municípios onde a proporção da população cadastrada é baixa ($\leq 44,30$) e baixo onde essa proporção é alta ($> 89,24$). Assim, percebe-se que maiores coberturas da população estão relacionadas com melhores indicadores de saúde bucal.

Já a análise dos indicadores, segundo relação das ESF e ESB (Tabela 4), permite observar que, quanto menor a relação entre as equipes, ou seja, quanto mais perto da relação ideal de 1 ESB para 1 ESF, melhores são os indicadores de saúde bucal. As primeiras consultas tiveram uma média 2 vezes maior (16,4) nos municípios que apresentaram uma relação de 1:1, quando comparados aos municípios com uma relação $> 2:1$, o que mostra uma maior facilidade de acesso da população aos serviços quando há uma relação ideal entre as equipes. O indicador de Escovação Dental Supervisionada (1,6) e a média de

procedimentos básicos individuais (0,6) também se mostraram maiores, quando há relação 1:1. O indicador de exodontias mostrou que quanto maior a relação entre as equipes ($> 2:1$) mais elevada é a proporção de exodontias nos municípios (36,2).

DISCUSSÃO

O indicador de exodontias é de grande importância para serem avaliadas as práticas mutiladoras que estão sendo realizadas em um determinado local, especialmente nas unidades de saúde. Pode-se constatar neste estudo que o perfil dos municípios com indicadores de exodontias mais elevados são aqueles de pequeno porte, baixa proporção da população cadastrada e uma relação de uma ESB para mais de duas ESF.

Tal fato é confirmado por Fernandes e Peres¹⁴ ao afirmarem que, embora muitos municípios estejam oferecendo algum acesso aos serviços de saúde bucal, aqueles com piores condições socioeconômicas ainda oferecem serviços com características mutiladoras. Araújo e Dimenstein¹⁷ observaram nas ESB do Rio Grande do Norte que, enquanto em alguns locais são realizadas mais restaurações fotopolimerizáveis, em outros, só há exodontia, o que caracteriza a falta de organização na utilização dos recursos e a permanência de um modelo conflitante com a ESF. Os autores relatam que essa dificuldade de como

Tabela 3. Indicadores de saúde bucal segundo proporção da população cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica – Pernambuco, 2008

Indicador	Média (para 100 habitantes)	Média±DP	Valor p
Primeira consulta odontológica			
$\leq 44,30$	8,4	8,4±8,2	0,0000*
$> 44,30$ e $\leq 65,80$	9,5	9,5±6,2	
$> 65,80$ e $\leq 89,24$	15,1	15,1±11,6	
$> 89,24$	18,9	18,9±14,6	
Escovação supervisionada			
$\leq 44,30$	0,6	0,6±1,7	0,0001*
$> 44,30$ e $\leq 65,80$	0,8	0,8±1,3	
$> 65,80$ e $\leq 89,24$	1,0	1,0±1,5	
$> 89,24$	2,2	2,2±3,2	
Proporção de exodontias			
$\leq 44,30$	29,6	29,6±21,5	0,0027*
$> 44,30$ e $\leq 65,80$	21,5	21,5±12,0	
$> 65,80$ e $\leq 89,24$	17,9	17,9±9,9	
$> 89,24$	16,2	16,2±10,3	
Média de PBI			
$\leq 44,30$	0,3**	0,3±0,3	0,0000*
$> 44,30$ e $\leq 65,80$	0,4**	0,4±0,2	
$> 65,80$ e $\leq 89,24$	0,4**	0,4±0,3	
$> 89,24$	0,8**	0,8±0,5	

*Teste de Kruskal-Wallis; **média por habitante; PBI: Procedimentos Básicos Individuais.

Tabela 4. Indicadores de saúde bucal segundo relação de proporção entre equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal – Pernambuco, 2008

Indicador	Média (para 100 habitantes)	Média±DP	Valor p
Primeira consulta odontológica			
1:1	16,4	16,4±13,2	0,0018*
até 2:1	11,7	11,7±9,4	
$> 2:1$	7,7	7,7±7,8	
Escovação supervisionada			
1:1	1,6	1,6±2,7	0,0312*
até 2:1	0,9	0,9±1,4	
$> 2:1$	1,0	1,0±2,5	
Proporção de exodontias			
1:1	17,5	17,5±10,4	0,0002*
até 2:1	20,1	20,1±13,9	
$> 2:1$	36,2	36,2±18,5	
Média de PBI			
1:1	0,6**	0,6±0,5	0,0000*
até 2:1	0,4**	0,4±0,2	
$> 2:1$	0,2**	0,2±0,2	

*Teste de Kruskal-Wallis; **média por habitante.

1:1 – n° ESF/n° ESB=1 (portaria n° 673, de 3 de julho de 2003); até 2:1 – n° ESF/n° ESB > 1 e ≤ 2 (portaria n° 267, de 6 de março de 2001); $> 2:1$ – n° ESF/n° ESB > 2 (descumpra as portarias); PBI: Procedimentos Básicos Individuais.

trabalhar na Estratégia Saúde da Família é reflexo do modelo de saúde ainda vigente, o cirúrgico-mutilador, no qual a quantidade de procedimentos predomina na mentalidade dos cirurgiões dentistas (CD) e dos gestores.

Mesmo que o edentulismo tenha números elevados em todo o Brasil (como constatado em 2003), onde mais de 28% dos adultos brasileiros não apresentam nenhum dente funcional em pelo menos uma arcada e entre os idosos 75% não apresentam nenhum dente funcional¹⁸, em estudo realizado por Correia Júnior¹⁹ sobre os procedimentos exodônticos no Estado de Pernambuco, evidenciou-se um declínio do indicador de exodontias no Estado como um todo, embora ainda em proporções elevadas em vários municípios.

Dessa forma, demonstra-se que tal prática ainda permanece resistente e evidente em muitos municípios de Pernambuco, especialmente naqueles de menor porte demográfico e com uma grande demanda reprimida por atendimento.

Ao se analisar a média de procedimentos odontológicos básicos individuais, pode-se observar, inicialmente, que as equipes localizadas nos municípios de pequeno porte estão oferecendo uma maior quantidade de procedimentos clínicos por indivíduo à sua população, o que pode sugerir uma prática das ESB mais voltada ao atendimento clínico. Além disso, maiores indicadores estão associados com municípios que apresentam maiores proporções de pessoas cadastradas no SIAB e naqueles com uma relação de 1 ESB para 1 ESF.

Muito se questiona se elevadas médias podem refletir uma priorização do atendimento clínico frente às ações coletivas. Observou-se, no Estado do Paraná, que todos os cirurgiões-dentistas estão basicamente envolvidos com o atendimento clínico, e nem todos desenvolvem as outras atividades. Os auxiliares, por sua vez, centram suas ações em atividades convencionais como instrumentação do cirurgião-dentista e desinfecção e esterilização de materiais e instrumentais⁸.

Araújo e Dimenstein¹⁷, os quais estudaram as ESB do Rio Grande do Norte, relataram que as práticas exclusivamente clínicas realizadas por algumas equipes podem ser explicadas pelo perfil dos voltados para a clínica dos CD, pois a maioria não tem especialização, e os que têm tal formação concluíram cursos sem nenhuma relação com a saúde pública ou coletiva, o que demonstra a falta de preparo acadêmico para uma atuação mais adequada ao PSF.

A demanda reprimida também chega a ser um empecilho para o desenvolvimento de certas ações, conforme afirmam Oliveira e Saliba²⁰ ao constatarem que as equipes de saúde bucal de Campos dos Goytacazes não conseguem atender às necessidades da população adscrita, devido à grande demanda por atenção odontológica. Barros e Chaves¹⁰ reforçam que, em muitos municípios, a prática profissional ainda continua amarrada

a um crescente atendimento cirúrgico-restaurador, sem alcançar melhorias nas condições de saúde da comunidade.

O tema “ações de prevenção” talvez seja o ponto de maior relevância deste trabalho, pois essas ações são consideradas pelo Ministério da Saúde como fundamentais para a mudança do modelo tradicional de atenção à saúde baseado em práticas mutiladoras para um modelo centrado na saúde bucal dos seus cidadãos, centrado em ações estruturadas/consolidadas de prevenção da cárie.

Com relação ao indicador de Escovação Dental Supervisionada, a portaria nº 493, de 13 de março de 2006¹³, define que é uma ação coletiva fundamental e de importante significado quanto à capacidade do sistema de saúde de desenvolver ações coletivas e que a ausência da ação ou seus percentuais baixíssimos indicam que a assistência está sendo priorizada.

Conforme mostraram os resultados da análise dos indicadores, nos municípios de pequeno e médio portes, essa ação ainda é pouco realizada pelas ESB, assim como nos municípios com menor proporção da população cadastrada e relação de +2ESF:1ESB.

A baixa valorização das ações preventivas pode, muitas vezes, ser consequência da prioridade dada aos procedimentos clínicos que, como vistos neste trabalho, são mais realizados nos municípios de menor porte. Porém, outros autores chamam a atenção para o problema nos municípios de grande porte em que esse indicador também se apresenta deficiente. Patriota²² observou que, na maioria dos distritos sanitários do Recife, a cobertura das ações de natureza coletiva, no conjunto dos demais procedimentos odontológicos, é ainda incipiente e apresenta uma cobertura insignificante. A citação de Cardoso et al.²³ reflete a situação de algumas ESB de Pernambuco: “a atenção à saúde bucal no Brasil tem-se caracterizado pela insuficiência da oferta de procedimentos coletivos e preventivos individuais”.

Neste estudo, o maior acesso da população à primeira consulta odontológica foi verificado nos municípios com maiores coberturas, os quais apresentaram melhores resultados para esse indicador. A proximidade dos serviços da residência dos usuários, preconizada pela ESF, é uma tentativa de facilitar esse primeiro contato.

Ressalta-se que esse índice é passível de incongruências, seja pela questão do sub-registro ou por um superdimensionamento desses procedimentos. Além disso, Martelli²⁴ observou, no município de Camaragibe (PE), profissionais pouco estimulados para o registro diário dos procedimentos executados, principalmente para o registro de primeira consulta. Patriota²² também observou, no seu estudo sobre a saúde bucal na cidade do Recife, que muitos profissionais não realizam o procedimento de primeira consulta odontológica programática, mas apenas procedimentos específicos, os quais solucionam a

queixa principal do paciente, sem se preocuparem com o diagnóstico geral para a programação de atendimento das necessidades de saúde bucal.

Os dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde Bucal e os da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios apontam que o acesso aos serviços odontológicos no Brasil ainda é baixo, uma vez que é elevado o percentual dos que nunca consultaram o dentista, principalmente nas regiões Norte e Nordeste²⁵.

Outra questão que também deve ser levada em consideração na tentativa de reorganização dos modelos assistenciais refere-se à relação ideal entre uma equipe de saúde bucal e uma equipe de saúde da família, a qual está longe de acontecer. Proporções de 2 ou 3 ESF para 1 ESB refletem um desempenho ruim dos indicadores de saúde bucal, como visto nesta pesquisa, devido a uma demanda muito grande para atendimento odontológico e a falta de vínculo da equipe com a comunidade. O indicador de primeira consulta odontológica, assim como os indicadores de escovação supervisionada e a média de procedimentos básicos individuais mostraram melhores resultados em municípios com relação de 1:1. A proporção de exodontias apresentou-se, em média, mais baixa também em municípios com essa proporção.

O fato de uma ESB poder estar vinculada ao território de mais de uma Equipe de Saúde da Família, além de dificultar a integração dessas equipes, o que incorre no risco de dividir o PSF, ainda faz com que haja a pressão de uma demanda reprimida maior do que a capacidade dos serviços, a inviabilidade do vínculo com a população adscrita e a impossibilidade de executar um trabalho planejado. O elevado número de indivíduos cobertos pela ESB é uma das maiores dificuldades do programa^{4,26}.

Entretanto, não se pode afirmar que a equiparação das equipes na proporção de 1:1 garantirá o cumprimento das metas pelas unidades, pois, segundo Baldani et al.⁸, existe dificuldade, por parte de algumas equipes, de desempenhar todas as atividades pertinentes a elas como visitas domiciliares pelo dentista, ações de prevenção e promoção à saúde, bem como reuniões com a

comunidade de abrangência, o que significa que, mesmo com a introdução de uma relação equipe de saúde bucal/ equipe de saúde da família de 1:1 a partir de junho de 2003, as dificuldades continuaram a ocorrer.

Outros autores¹⁰ alertaram que o fato de os municípios passarem a contar com uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de saúde da família contribuiu para um aumento da oferta de serviços, mas nem sempre para uma reorientação das ações de saúde bucal e para a construção de modelos de atenção baseados na vigilância à saúde.

CONCLUSÃO

Com base no exposto, pode-se perceber que o Estado de Pernambuco convive, atualmente, com distintas formas de assistência à saúde bucal, fato observado por meio das diferenças entre os indicadores dos municípios.

O porte populacional destes pareceu estar relacionado com o desempenho de alguns indicadores: municípios de grande porte apresentaram, em média, menores valores para a proporção de exodontias, o que pode fazer pensar a influência da capacitação profissional.

A organização das equipes de saúde bucal foi outro aspecto discutido neste estudo, em que a proporção da população coberta pelo SIAB e a sua relação com as ESF evidenciaram indicadores mais favoráveis quanto maior a cobertura e quando a relação era 1:1, o que demonstra a necessidade de expandir a cobertura da população nos municípios e fazer cumprir a portaria nº 673, de 3 de julho de 2003, que estabelece uma relação ideal entre ESF e ESB.

Dessa forma, percebe-se a influência de aspectos demográficos, de cobertura da estratégia e de relação proporcional das equipes no desempenho de indicadores em saúde bucal em municípios do Estado de Pernambuco.

Assim, o monitoramento e a avaliação desses indicadores representam uma importante ferramenta para contribuir na incorporação dos pressupostos do Sistema Único de Saúde na Estratégia Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

1. Suliano AA, Barbosa MBCB. Inserção de Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. In: Barbosa MBCB, Bruno GB, Souza EHA. Saúde Bucal no PSF. Juazeiro do Norte: Faculdade de Medicina; 2004.
2. Pauleto ARC, Pereira MLT, Cyrino EG. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(1):121-30.
3. Zanetti CHG. Por um caminho sustentável para universalização da atenção básica [Internet]. Brasília; 2000. [cited 2007 Aug 4] Available from: www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo_amplo/psf_caminho.htm
4. Silva SF. A saúde bucal dentro da estratégia de saúde da família no estado de Pernambuco [monografia de residência]. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz; 2006.
5. Viana IB. Análise da evolução das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família em Pernambuco no período de 2001 a 2009. [monografia de residência]. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
6. Brasil. Departamento de Informática do SUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília (DF); 2010.

7. Roncalli AGCO. Edentulismo. In: Antunes JLF, Peres MA. Epidemiologia da Saúde Bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 205-18.
8. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa de Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(4):1026-35.
9. Andrade KLC, Ferreira EF. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):123-30.
10. Barros SG, Chaves SCL. A utilização do sistema de informações ambulatoriais como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. *Epidemiol Serv Saúde*. 2003;12(1):41-51.
11. Padilha WVN, Valença AMG, Cavalcanti AL, Gomes LB, Almeida RVD, Taveira GS. Planejamento e Programação Odontológicos no Programa Saúde da Família do estado da Paraíba: estudo qualitativo. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr*. 2005;5(1):65-74.
12. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília, DF; 2006. *Cadernos de Atenção Básica*, nº 17.
13. Brasil. Portaria nº 493, de 10 de março de 2006. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil] [Internet]. Brasília, DF; 2006. [cited 2007 Jan 20] Available from: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2006/portaria_493.pdf
14. Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(6):930-6.
15. Brasil. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Instrutivo dos Indicadores para a Pactuação Unificada [Internet]. Brasília (DF); 2008. [cited 2009 Dec 12] Available from http://www.saude.ba.gov.br/divep/arquivos/COPLAM/Pacto2008/Instrutivo_Indicadores_20032008.pdf
16. Brasil. Portaria nº 91/GM, de 10 de janeiro de 2007. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 2007; 16 jan.
17. Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):219-27.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Condições de Saúde Bucal da População Brasileira: Projeto SBBrazil 2003 – Resultados Principais, Brasília, DF; 2004 [Internet]. [cited 2009 Jan 19] Available from: http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/relatorio_brasil_sorridente.pdf
19. Correia Júnior WLM. Estudo sobre procedimentos exodônticos na rede assistencial pública do estado de Pernambuco, no período de 2000 a 2008 [monografia de residência]. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
20. Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10:297-302.
21. Brasil. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 2006; 29 mar.
22. Patriota CMM. Cobertura das ações de saúde bucal no Recife no período de 2000 a 2005 [monografia de residência]. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz; 2006.
23. Cardoso ACC, Santos Júnior RQ, Souza LEP, Barbosa MBCB. Inserção de Equipe de Saúde Bucal no PSF, um desafio para a melhoria da qualidade de atenção à saúde. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2002;26(1):94-98.
24. Martelli PJJ, Cabral APS, Pimentel, FC, Macedo CLSV, Monteiro IS, Silva SF. Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(5):1669-74.
25. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(4):999-1010.
26. Carvalho DQ, Ely HC, Paviani LS, Corrêa PEB. A dinâmica da equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. *Bol Saúde*. 2004;18(1):175-84.

Recebido em: 04/11/2013
Aprovado em: 13/03/2014