

Atenção básica em saúde bucal no estado de Goiás de 2001 a 2013

Primary care in oral health in the state of Goiás from 2001 to 2013

Priscila Curado Fleury Tavares¹
Erica Tatiane Silva Almeida²

RESUMO

Objetivo: Analisar a atenção básica em saúde bucal do estado de Goiás considerando a evolução da cobertura populacional das equipes de saúde bucal e dos indicadores da assistência odontológica no período de 2001 a 2013.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo baseado em dados secundários sobre a cobertura populacional das equipes de saúde bucal e os indicadores da atenção básica em saúde bucal - cobertura de primeira consulta odontológica programática, cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada, média de procedimentos odontológicos básicos individuais e proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais.

Resultados: Houve aumento da cobertura populacional das equipes de saúde bucal, principalmente da Modalidade I. Apesar dos avanços significativos da atenção básica em saúde bucal no estado de Goiás no período de 2001 a 2013, os indicadores revelam fragilidades no acesso e utilização dos serviços, permanecendo ainda as iniquidades no acesso e utilização dos serviços entre os municípios do estado de Goiás, além do caráter predominantemente curativo e mutilador do modelo tradicional de atenção odontológica.

Conclusões: É necessário o desenvolvimento de estratégias para que a expansão da cobertura populacional das equipes de saúde bucal seja acompanhada pela crescente oferta e utilização de serviços, com diminuição gradativa dos procedimentos mutiladores e consolidação de uma assistência integral, resolutiva e equitativa.

Palavras-chave: Odontologia em Saúde Pública. Atenção Primária à Saúde. Indicadores de Serviços.

¹ Cirurgiã-dentista Sesc Goiânia Brasil
Brasil Curso de Especialização em Análise
de Situação de Saúde do Instituto de
Patologia Tropical e Saúde Pública –
IPTSP. Universidade Federal de Goiás.
Priscila Curado Fleury Tavares. Endereço:
Rua c 187 n300 casa 8 Jardim América,
Goiânia, Goiás. CEP: 74265300. Endereço
eletrônico: priscilacurado@gmail.com

² Cirurgiã-dentista FioCruz Brasília
Brasil Professora doutora do Curso de
Especialização em Análise de Situação de
Saúde do Instituto de Patologia Tropical
e Saúde Pública – IPTSP. Universidade
Federal de Goiás. Endereço eletrônico:
ericatatlane.br@gmail.com

Baseado na monografia Atenção básica em
saúde bucal no estado de Goiás de 2001 a
2013, apresentada em 2014, no Instituto de
Patologia Tropical e Saúde Pública – IPTSP.
Treze páginas e duas figuras.

ABSTRACT

Objective: To analyze the basic care in oral health in the state of Goiás, considering the evolution of the population coverage of oral health teams and indicators of dental care in the period from 2001 to 2013.

Methods: This is a descriptive study based on secondary data on the population coverage of oral health teams and indicators of primary health care in oral health - coverage of first dental programmatic consultation, coverage of collective dental brushing action, average basic individual dental procedures and the proportion of exodontia in relation to individual basic dental actions.

Results: There was an increase in the population coverage of oral health teams, mainly in Modality I. Despite the significant advances in primary health care in the state of Goiás between 2001 and 2013, the indicators reveal weaknesses in access and use of services, and the inequities in the access and use of services between the municipalities of the state of Goiás, as well as the predominantly curative and mutilating nature of the traditional model of dental care.

Conclusions: It is necessary to develop strategies so that the expansion of the population coverage of oral health teams is accompanied by the increasing supply and use of services, with a gradual reduction of the mutilation procedures and the consolidation of an integral, resolute and equitable assistance.

Key words: Dentistry in Public Health. Primary Health Care. Service Indicators.

INTRODUÇÃO

No Brasil, paralelamente aos avanços técnico-científicos em odontologia, ainda coexistem a exclusão social e dívida assistencial, revelando deficiências no modelo de oferta de serviços em incorporar com resolutividade ações de promoção de saúde, prevenção e manejo das doenças e agravos em saúde bucal. Historicamente, o sistema público de saúde caracterizou-se pela oferta reduzida de ações de baixa complexidade, predominantemente curativas e mutiladoras¹.

Em 1998, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde, revelou que

aproximadamente 29 milhões de brasileiros nunca haviam ido ao dentista, sendo esse número nove vezes maior entre indivíduos que recebiam até um salário mínimo, quando comparados aos que possuíam renda superior a 20 salários mínimos². Além da falta de acesso a serviços odontológicos, as populações de baixo nível socioeconômico encontravam nas extrações dentárias a única solução para o alívio da dor de origem dentária³.

Frente a essa realidade alarmante, visando ampliar o acesso da população às ações de saúde bucal e melhorar os índices epidemiológicos, o Ministério da Saúde estabeleceu incentivo financeiro para a inserção das equipes de saúde

bucal (ESB) nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF)^{3,4}. A inclusão destes profissionais começou efetivamente no início de 2001, de modo progressivo e crescente em todas as regiões do país⁵.

Diante dos resultados do levantamento epidemiológico Projeto SBBrazil 2003⁶ – os quais apontaram como principais problemas de saúde bucal a cárie, suas consequências (dor e perda dentária) e a falta de acesso às ações e serviços de saúde bucal decorrentes das desigualdades sociais – foi lançada, em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)⁷. Essa política, conhecida como Brasil Sorridente, fundamenta-se nos princípios de universalidade, equidade e integralidade buscando garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, através da ampliação do acesso e qualificação da atenção dentro dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS)⁷.

No período transcorrido desde o estabelecimento do incentivo financeiro para implantação das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família e o lançamento da PNSB, houve um aumento expressivo no número de equipes em todo Brasil. No entanto, pouco tem sido feito no sentido de monitorar esse processo de reorganização da atenção básica em saúde bucal⁸⁻¹¹. Nesse contexto, a utilização dos indicadores da atenção básica em saúde bucal constitui uma importante ferramenta para subsidiar o processo de planejamento, acompanhamento e avaliação de suas ações e serviços.

O presente trabalho tem como objetivo analisar a atenção básica em saúde bucal do estado de Goiás considerando a evolução da cobertura populacional das equipes de saúde bucal e dos indicadores da assistência odontológica no período de 2001 a 2013.

MÉTODOS

Foi delineado um estudo descritivo baseado em dados secundários de domínio público sobre a cobertura populacional das equipes de saúde bucal e os indicadores da atenção básica em saúde bucal do estado de Goiás no período de 2001 a 2013.

Os dados para a investigação da evolução do número e cobertura das equipes de saúde bucal foram obtidos a partir do sítio eletrônico do

Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde.

Os indicadores foram calculados a partir de dados provindos do Sistema de informações Ambulatoriais (SIA/SUS), disponível no sítio do Departamento de Informática do SUS (Datusus), cujo documento básico é o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA). O BPA é preenchido pelas unidades ambulatoriais no nível municipal conforme o número de atendimentos realizados por tipo de procedimento por cada município e ano¹². Foi escolhida a “quantidade apresentada”, pois esse modo de registro contém todos os procedimentos informados ao sistema^{12,13}.

Além dos dados do SIA/SUS, para a construção dos indicadores foram incluídos dados sobre a população dos municípios de Goiás nos anos em estudo. Para isso, foram utilizadas as projeções intercensitárias realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), obtidas a partir do Datusus.

Foram utilizados os seguintes indicadores de atenção básica em saúde bucal indicados pelo Ministério da Saúde¹⁴.

a) Cobertura de primeira consulta odontológica programática: número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado local e período dividido pela população total no mesmo local e período, multiplicado por 100. Indica o acesso da população geral à assistência odontológica individual, excluindo-se consultas de urgência e emergência.

b) Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada: 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. Indica a proporção de pessoas que teve acesso à escovação dental com orientação de um profissional de saúde visando à prevenção de cárie dentária e doença periodontal.

c) Média de procedimentos odontológicos básicos individuais: número de procedimentos odontológicos básicos individuais em determinado local e período dividido pela população total no mesmo local e período. Reflete a concentração de procedimentos clínico-cirúrgicos realizados por pessoa pelos serviços odontológicos básicos do SUS.

d) Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais: 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. Expressa a participação das exodontias de dentes permanentes no total de procedimentos clínicos realizados, refletindo o grau de mutilação da assistência odontológica individual.

O TabWin 3.6b foi utilizado para consolidação e agrupamento dos dados de acordo com os subgrupos de procedimentos odontológicos avaliados, bem como para o cálculo dos indicadores por município.

Foi realizada a estatística descritiva de todas as variáveis, incluindo medidas de frequência, mediana e intervalo interquartil. Para análise dos dados e a elaboração dos gráficos foram empregados os programas Epi Info 5.3.1 e Microsoft Excel 2010.

RESULTADOS

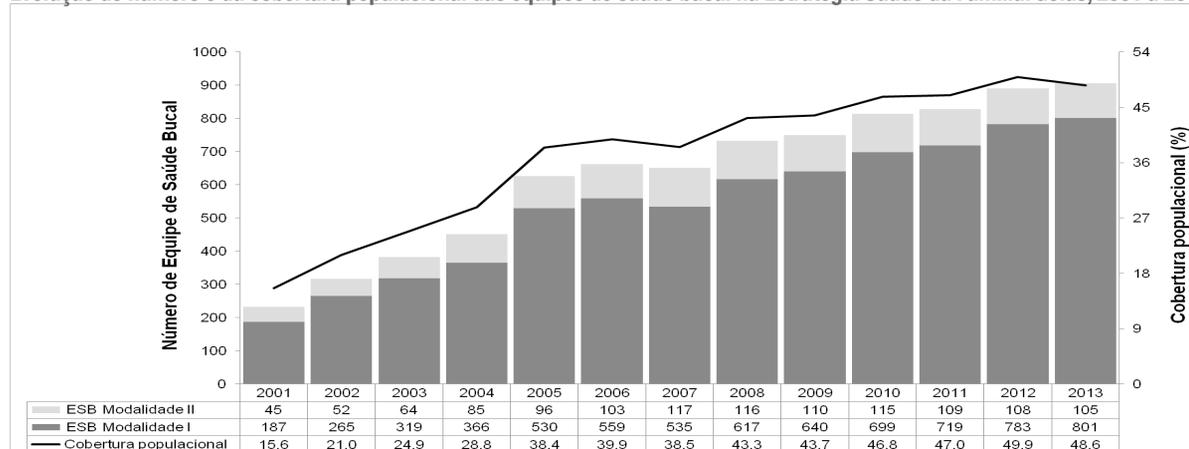
Com relação à implantação das ESB na ESF, verificou-se um aumento de 290,52% no número de equipes entre 2001 e 2013, com destaque da Modalidade I e uma cobertura populacional variando de 15,6% a 49,9% (Figura 1).

A Figura 2 apresenta a série histórica dos indicadores de atenção básica em saúde bucal do Estado de Goiás no período 2001 a 2013. Houve oscilações nos indicadores ao longo desse período. A mediana variou de 9,94% a 15,10% para a cobertura de primeira consulta odontológica, entre 0,45 e 0,73 para a média de procedimentos odontológicos básicos individuais, de 0 a 0,88% para a cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada, e entre 5,34% e 10,56% para a proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais. A amplitude dos intervalos interquartis revelou variabilidade nos indicadores entre os municípios do estado.

A análise conjunta da cobertura populacional das ESB (Figura 1) com a evolução dos indicadores (Figura 1) mostra que, apesar dos avanços significativos da atenção básica em saúde bucal no estado de Goiás no período em estudo, os indicadores apontam para fragilidades no acesso e utilização dos serviços, permanecendo o caráter predominantemente curativo e mutilador do modelo tradicional de atenção odontológica.

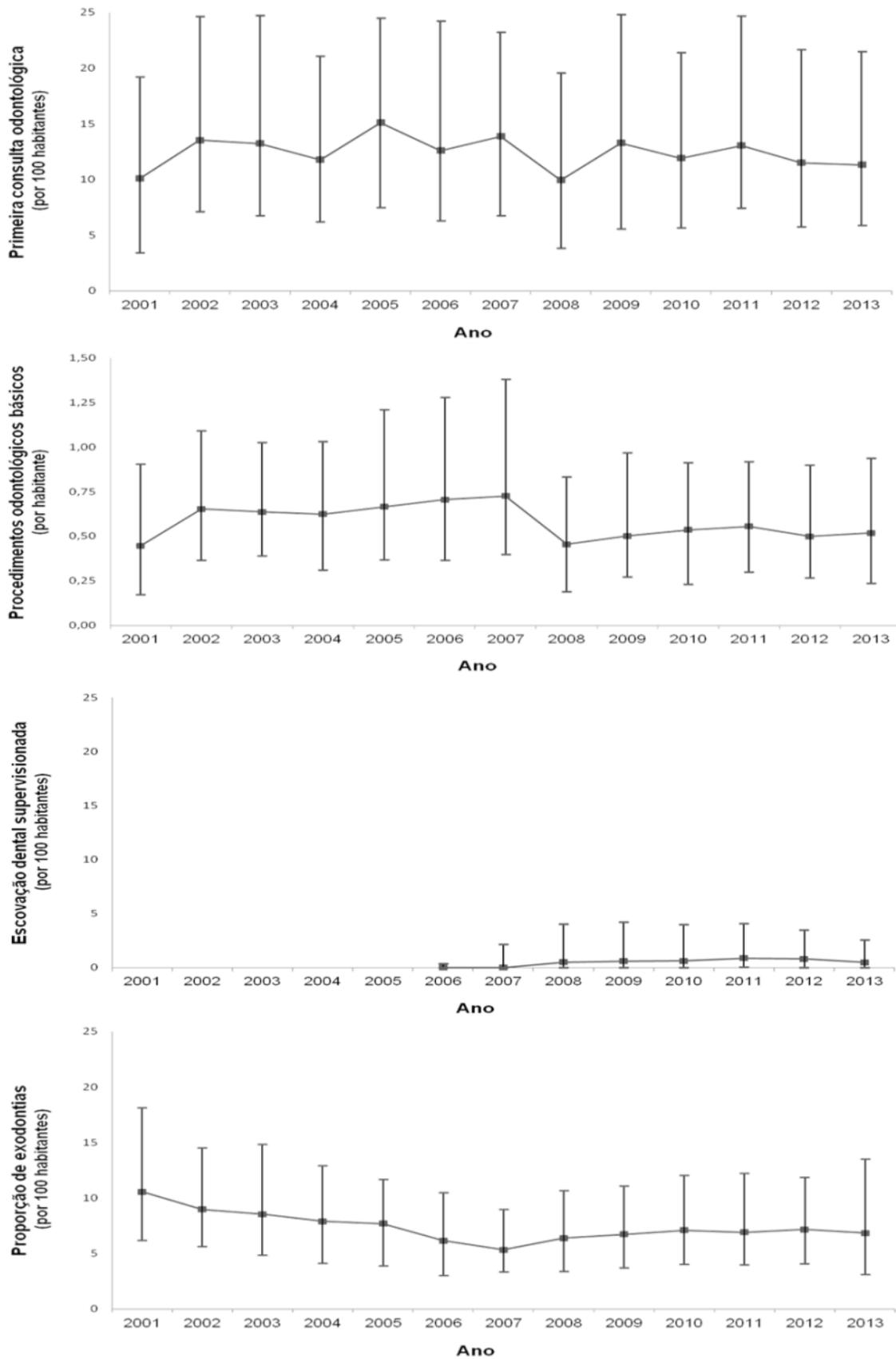
Figura 1

Evolução do número e da cobertura populacional das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. Goiás, 2001 a 2013.



Fonte: DAB/MS

Figura 2
Evolução dos indicadores da atenção básica em saúde bucal. Goiás, 2001 a 2013.



Fonte: SIA/SUS

DISCUSSÃO

O presente trabalho fornece um panorama do estado de Goiás em relação à evolução da implantação das ESB e dos indicadores de atenção básica em saúde bucal. O monitoramento e a avaliação da assistência em saúde bucal por meio dos indicadores definidos pelo Ministério da Saúde fomentam subsídios importantes acerca do modelo assistencial e das ações desenvolvidas, principalmente quando associados à análise do processo de trabalho e do contexto local^{8-11,13}.

Em Goiás, o crescimento da cobertura populacional não assegurou um acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes de saúde bucal à assistência odontológica, permanecendo ainda as iniquidades no acesso e utilização dos serviços entre os municípios. Isso evidencia a relevância de se desenvolver parâmetros epidemiológicos para orientação do planejamento dos serviços, associados a medidas para enfrentamento das iniquidades em saúde.

Os indicadores indicam valores relativamente baixos de cobertura, acesso e utilização dos serviços. Isso pode estar relacionado ao modelo de atenção assumido pelas ESB, o qual muitas vezes se caracteriza por ser pouco resolutivo, mutilador e centrado na doença^{15,16}. Outro fato a ser considerado para a baixa produção desses procedimentos odontológicos é a subnotificação dos procedimentos pelos profissionais das ESB⁹. A imprecisão e irregularidades podem estar relacionadas com a falta de capacitação profissional ou o desconhecimento da importância dos registros para planejamento e discussão de novas políticas de saúde^{12,17}.

O estudo reforçou que a ampliação da cobertura populacional das ESB consiste em um dos elementos constitutivos do acesso, mas não é suficiente para indicar que efetivamente o acesso tenha se ampliado¹¹.

Em relação à cobertura de primeira consulta odontológica, verificou-se que o acesso às ações de serviço bucal em Goiás ainda é pequeno, sendo que os avanços ocorridos no sistema de saúde foram insuficientes para reverter o quadro de desigualdades existentes. Entre as estratégias para que o acesso da população ocorra de forma mais efetiva, além da expansão da cobertura dos serviços públicos, é preciso estruturar a rede

nos diferentes níveis assistenciais e melhorar as condições de vida e de renda da população^{18,19}.

Quanto à média da ação coletiva de escovação dental supervisionada, apesar de uma tendência crescente, os indicadores mostram que a cobertura das ações de natureza preventiva ainda é incipiente. Esse cenário reflete a prioridade dada aos procedimentos clínicos em detrimento de atividades preventivas e de promoção da saúde⁸⁻¹⁰. Por outro lado, a incorporação de medidas de prevenção e promoção da saúde à prática dos serviços odontológicos é fundamental para melhoria da situação de saúde da população, estimulando a incorporação de hábitos e práticas saudáveis no cotidiano e o desenvolvimento da autonomia e da coresponsabilização do paciente na produção do cuidado odontológico^{8,19}. Vale ressaltar que esse indicador somente apresentou registros no SIA/SUS a partir de 2006.

O contraste entre a expansão do número de ESB e a evolução do indicador da média de procedimentos básicos também foi evidenciado em outros estudos, revelando uma situação de distanciamento do princípio constitucional do acesso universal aos cuidados odontológicos.

O indicador de proporção de exodontias reflete o grau de mutilação da assistência odontológica individual. Portanto, o ideal é que esse indicador apresente reduções ao longo dos anos⁸, o que não foi observado em Goiás. Entre os fatores que podem contribuir para esse quadro destacam-se: dificuldade do acesso ao serviço público, oferta reduzida de procedimentos de maior complexidade, falta de informação, orientação e conscientização sobre a importância da manutenção dos dentes e fatores culturais⁹.

Embora muitos municípios estejam oferecendo acesso à saúde bucal, ainda se destaca a existência de um modelo cirúrgico-mutilador, no qual a proporção de exodontias assume uma posição de destaque dentre às ações odontológicas básicas individuais. Dessa forma, muitos dentes que poderiam ser mantidos na boca caso o tratamento preventivo/restaurador fosse instituído a tempo, acabam sendo extraídos. Esses dados refletem a dificuldade das ESB de trabalhar em consonância com o modelo de atenção preconizado pela Estratégia Saúde da Família^{8-10,13}.

Entre as limitações do estudo estão aquelas inerentes ao uso de dados secundários, particularmente

para o SIA/SUS. Mesmo com realização de críticas e filtros contra inconsistências, há possibilidade de fraudes ou lançamentos incorretos, ou seja, a produção aprovada pode não corresponder à oferta de serviços realizados¹². Também não se investigou a dinâmica da interface da atenção em saúde bucal, a relação entre oferta, acesso e utilização dos serviços, os fatores influenciadores dos indicadores encontrados e a qualidade da atenção. Tais estudos possibilitariam a proposição de estratégias de intervenção, incluindo critérios para melhoria da atenção básica em saúde bucal.

Não se pretende esgotar aqui o assunto, mas sim apontar caminhos que possam contribuir o monitoramento e consolidação da saúde bucal na ESF, reforçando a importância da produção de evidências na área e da aplicação de seus achados aos cenários locais, no sentido de fomentar reflexões acerca do modelo assistencial, das ações desenvolvidas e do processo de trabalho.

CONCLUSÕES

Apesar das melhorias advindas do processo de ampliação e reorganização da atenção básica em saúde bucal no estado de Goiás, seus indicadores revelam fragilidades no acesso e utilização dos serviços, não sendo ainda capaz de reverter o caráter curativo e mutilador da assistência odontológica, o qual deveria ser prioritariamente restaurador, conservador e preventivo.

Faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias para que a expansão da cobertura populacional das equipes de saúde bucal seja acompanhada pela crescente oferta e utilização de procedimentos preventivos, conservadores e reabilitadores, contribuindo para a diminuição gradativa dos procedimentos mutiladores e para a consolidação de uma assistência integral, resolutiva e equitativa, condizente com os princípios do SUS e com as diretrizes da PNSB.

REFERÊNCIAS

1. Pinto VG. Saúde bucal no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1983;17(4):316-27.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-1998: acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.
3. Roncalli AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal [tese]. [Araçatuba]: Universidade Estadual Paulista; 2000. 238 p.
4. Martins GP. Avaliação dos serviços de atenção primária à saúde no município de Uberaba: acessibilidade, utilização e longitudinalidade da atenção [dissertação]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2005. 151 p.
5. Kornis GEM, Maia LS, Fortuna RFP. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. *RevSaude Coletiva*. 2001;21(1):197-215.
6. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica (BR). Projeto SBBrazil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 68 p.
7. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica (BR). Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

8. Freitas MI, Leita ICG. Utilização dos indicadores de atenção básica em saúde bucal para avaliação da assistência odontológica no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, no período de 2002 a 2005. *Revista APS* 2007; 10 (1): 36-45.
9. Pimentel FCA, Albuquerque PC, Martelli PJJ, Acioli RML, Souza WV. 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. *Cad de Saúde Coletiva*. 2014; 22 (1): 54-61.
10. Oliviera PMC, Menezes LMB, Santrian MVL, Almeida PC, Almeida MEL. Indicadores de Saúde Bucal da Atenção Básica no Estado do Ceará: Análise Crítica. *Cadernos ESP*. 2011; 5(1): 29-36.
11. Viana IB, Martelli PJJ, Pimentel FC. Análise da evolução das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco de 2001 a 2009. *Revista IJD* 2011; 10 (4): 242-248.
12. 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.
13. Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(6):930-6.
14. Brasil. Portaria nº 493, de 10 de março de 2006. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF; 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-493.htm>. Acesso em: 01 Ago 2014.
15. Pereira CRS, Patrício AAR, Araújo FAC, Lucena EES, Lima KC, Roncalli AG. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009; 25(5): 985-996.
16. Paim, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In Roquayrol, M. Z. ; Almeida Filho, N. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro, 2003. p. 587-603.
17. Roncalli, AG. Panorama do acesso à saúde bucal no Brasil. *Rev. Brasileira de Odontologia e Saúde Coletiva* 2002; Suplemento Especial , XVII Enatespo:20.
18. Barros, AJD, Bertoldi, AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciência e Saúde Coletiva* 2002; 7: 709-17.
19. Silva SF, Martelli PJJ, Sá DA, Cabral APS, Pimentel FC, Monteiro I, Macedo CL. Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na estratégia de saúde da família em Pernambuco. Região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. *Ciência e Saúde Coletiva* 2011; 16: 211-220.
20. Bordin, D, Fadel, CB. Pacto pela saúde no Brasil : uma análise descritiva da progressão dos indicadores de saúde bucal. *Rev. Odontol. UNESP* 2012; 41 (5):305-311.