

Lorrayne Belotti<sup>1</sup>  
Katrini Guidolini Martinelli<sup>2</sup>  
Erica Marvila Garcia<sup>1</sup>  
Marcelle Lemos Leal Santos<sup>1</sup>  
Karina Tonini dos Santos Pacheco<sup>1</sup>  
Carolina Dutra Degli Esposti<sup>1</sup>

**Oral healthcare evolution  
before and after the national  
oral health policy**

## **| Evolução da atenção em saúde bucal antes e após a política nacional de saúde bucal**

**ABSTRACT | Introduction:** *The National Oral Health Policy (PNSB) was launched in 2004, it has guidelines focused on seeking high-quality primary oral healthcare and on planning actions based on epidemiological information available in the territory. Objective: Analyzing the evolution of oral health actions in Vitória Metropolitan Region, Espírito Santo State (RMGV-ES) before and after PNSB. Methods: Ecological study carried out based on data collected in the Outpatient Information System from 1994 to 2014. Procedures were organized into six blocks. Indicators were calculated, namely: collective procedure ratios, outpatient procedure ratio, first dental consultation coverage and coverage indicator by the Oral Health Team (ESB). Spearman's test was used to relate the ESB coverage indicators to first dental consultation coverage indicators and to collective and outpatient procedure ratio between 2000 to 2014. Results: Outpatient (0.105 to 0.390 procedures/inhabitants/year) and collective procedures (0.029 to 2,130 procedures/inhabitant/year) expanded throughout the 20 assessed years. The association between ESB coverage and the first dental consultation coverage indicator was significant in Viana City ( $r = -0.894$ ,  $p\text{-value} = 0.041$ ), as well as its association with the outpatient procedure indicator in RMGV-ES ( $r = 0.688$ ;  $p\text{-value} = 0.005$ ). Conclusion: ESB increase, after PNSB, was not enough to reach high population coverage. Results suggest that the dental practice remains based on clinical care.*

**Keywords |** Oral Health; Oral health services; Information system; Unified health system; Health policy.

**RESUMO | Introdução:** A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), lançada em 2004, possui diretrizes que visam à qualificação da atenção em saúde bucal e o planejamento das ações de acordo com informações epidemiológicas de cada território. **Objetivo:** Analisar a evolução das ações de saúde bucal na Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo (RMGV-ES), antes e após a PNSB. **Métodos:** Foi realizado um estudo ecológico, a partir de dados compilados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) no período de 1994 a 2014. Os procedimentos foram organizados em seis blocos. Foram calculados os seguintes indicadores: razão de procedimentos coletivos, razão de procedimentos ambulatoriais, cobertura da primeira consulta odontológica, e indicador de cobertura por Equipe de Saúde Bucal (ESB). Para relacionar os indicadores de cobertura de equipe de saúde bucal com indicadores de cobertura de primeira consulta odontológica e razão de procedimentos coletivos e ambulatoriais nos anos de 2000 a 2014, realizou-se o Teste de Spearman. **Resultados:** Houve expansão na oferta dos procedimentos ambulatoriais (0,105 a 0,390 procedimentos/habitantes/ano) e coletivos (0,029 para 2,130 procedimentos/habitante/ano) nos 20 anos analisados. A relação entre a cobertura de ESB foi significativa com indicador de cobertura de primeira consulta odontológica no município de Viana ( $r = -0,894$ ;  $p\text{-valor} = 0,041$ ) e com indicador de procedimentos ambulatoriais na RMGV-ES ( $r = 0,688$ ;  $p\text{-valor} = 0,005$ ). **Conclusão:** O aumento de ESB, após a política, não foi suficiente para atingir uma alta cobertura populacional. Os resultados sugerem que a prática odontológica ainda está pautada no atendimento clínico ambulatorial.

**Palavras-chave |** Saúde bucal; Serviços odontológicos; Sistema de informação; Sistema único de saúde; Políticas de saúde.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

<sup>2</sup>Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

## INTRODUÇÃO |

No Brasil, o cuidado à saúde bucal nos serviços públicos, centrado no atendimento curativo, foi modelado pelo Sistema Incremental importado dos Estados Unidos da América<sup>1</sup>. Entretanto, com o Sistema Único de Saúde (SUS) a atenção básica à saúde vem sendo reorganizada pelo paradigma da Estratégia Saúde da Família (ESF), como modelo assistencial e na expansão da rede e dos recursos humanos vinculados a esse nível de atenção. Assim, o sistema de atendimento utilizado na ESF pelas equipes de saúde bucal deve ser voltado à promoção de saúde, controle e tratamento das doenças bucais<sup>2</sup>.

A atenção à saúde bucal, em 2004, entrou para a agenda de governo por meio da publicação do documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” (PNSB). Esse documento reafirma a importância da atenção básica e da Saúde da Família, além de propor a ampliação e qualificação da atenção especializada em saúde bucal no âmbito do SUS. Portanto, além de possibilitar a ampliação da atenção básica, inova ao estruturar o sistema de referência em atenção à saúde bucal<sup>3</sup>.

Apesar de a proposta ser de reorganização do modelo de atenção, a prática profissional do cirurgião-dentista ainda continua amarrada a uma demanda reprimida crescente de atendimento cirúrgico-restaurador<sup>4</sup>. Para reverter esse quadro, para estabelecer prioridades e alocar recursos de forma direcionada à modificação das condições de saúde bucal da população, é necessário que as ações de saúde sejam baseadas e planejadas por meio do diagnóstico das reais necessidades da população em questão<sup>5</sup>.

Portanto, a informação é essencial à tomada de decisões e orienta as ações na atenção à saúde. É importante para a promoção da saúde, prevenção de agravos e a organização dos serviços oferecidos. Estudos de tendências de procedimentos odontológicos, ambulatoriais e coletivos podem ajudar a reorganizar o modelo de atenção à saúde bucal e esclarecer os efeitos que os serviços de saúde podem ter na saúde bucal da população, bem como a importância relativa de cada procedimento<sup>6</sup>.

Os procedimentos realizados pelas equipes de saúde bucal são registrados pelo Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS), que permite uma análise quantitativa das ações de saúde bucal e acompanhamento

da programação da produção ambulatorial odontológica. Desta forma, auxilia a construção de alguns indicadores das ações e serviços desenvolvidos e orienta a reorganização da saúde bucal nos municípios<sup>7</sup>. Diante disso, o objetivo deste trabalho foi analisar a evolução das ações de saúde bucal na Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo (RMGV-ES), antes e após a PNSB.

## MÉTODOS |

Trata-se de um estudo ecológico conduzido na Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV-ES). A RMGV-ES é a única região metropolitana do estado do Espírito Santo. É composta por sete municípios e abriga cerca de 50% da população total do Estado<sup>8</sup>. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da região é 0,772, o que a situa na faixa de Desenvolvimento Humano Alto, e representa a oitava posição entre as 20 regiões metropolitanas brasileiras<sup>9</sup>. Dentre as sete regiões metropolitanas da Região Sudeste, possui a segunda menor taxa de mortalidade infantil (12,90), atrás somente da Região Metropolitana de Campinas (12,60). Apresenta índice de Gini de 0,57 e ocupa a quarta posição entre os maiores índices das regiões metropolitanas da região sudeste<sup>9</sup>.

Foram utilizados dados compilados do SIA-SUS, no banco de dados do Ministério da Saúde – Datasus (<http://www.datasus.gov.br>). Os dados foram organizados numa série histórica de 1994 a 2014. Esse período foi definido tendo como foco de análise a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal<sup>3</sup>, em 2004, que reorganizou a Atenção Básica em Saúde Bucal, e ampliou a incorporação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.

Para análise da ênfase em determinado tipo de ação, os procedimentos odontológicos foram classificados em seis grupos, conforme a tabela de procedimentos ambulatoriais do SIA-SUS. As mudanças realizadas pelo Ministério da Saúde na identificação dos procedimentos ocorreram entre os anos de 1999 e 2007. Serão descritas em cada item:

**1. Consulta odontológica** – refere-se ao primeiro exame do paciente com finalidade de diagnóstico e/ou plano de tratamento, caracterizando de alguma forma o acesso ao sistema (uma consulta por ano e por paciente).

**2. Procedimentos coletivos** – conjunto de procedimentos de promoção e prevenção em saúde bucal, que possuem baixa complexidade. Incluem: levantamento epidemiológico; grupo de educação em saúde; e atividades profissionais com flúor e higiene bucal supervisionada. No período de 1994 a 1999, foram utilizados os indicadores Procedimentos Coletivos I (032) e II (201). No período de 1999 a 2007 foi utilizado o indicador Procedimento Coletivo (0301101). E, a partir de 2006, os procedimentos coletivos foram descritos individualmente pelo SIA-SUS.

**3. Procedimentos Preventivos Individuais** – neste item, foram agrupados: aplicação tópica de flúor; aplicação de carióstático ou selante; controle de placa bacteriana; e escarificação. No período de 1994 a 1999, além das identificações individuais dos procedimentos, também se inseriu o Indicador Odontologia Preventiva II (211), que incluía componentes de aplicação tópica de flúor, aplicação de selante e aplicação de carióstático, de forma agrupada. Após o ano de 1999, os procedimentos referentes a esse bloco passaram a ser avaliados individualmente.

**4. Procedimentos restauradores** – incluem: capeamento pulpar direto e indireto; selamento de cavidade com cimento provisório; restaurações de compósito, silicato, resina fotopolimerizável, amálgama ou cimento de ionômero de vidro; e restauração a pino em dentes decíduos ou permanentes. Para o período de 1994 a 1999, foram também utilizados os indicadores Dentística I (221) e Dentística II (223).

**5. Procedimentos cirúrgicos** – exodontia de dente permanente/decíduo e resto radicular; frenectomia; ulotomia; tratamento de hemorragia; tratamento conservador de osteomielite; curetagem periapical; e pulpotomia. Para o período de 1994 a 1999, foram utilizados os indicadores Odontologia Cirúrgica I (241) e Odontologia Cirúrgica II (243).

**6. Procedimentos periodontais** – procedimentos de raspagem, alisamento e polimento coronário ou radicular; curetagem subgengival; gengivectomia; e tratamento periodontal em situação de emergência. Neste bloco, foram utilizado o Indicador Odontologia Preventiva III (213-5), referente à raspagem supra/subgengiva, e Odontologia Preventiva IV (215-1) que indica curetagem subgengival, para o período de 1994 a 1999.

Também foram calculados quatro indicadores principais a partir das informações do SIA-SUS:

**1. Razão entre os Procedimentos Coletivos (PC) e a população de 0 a 14 anos** – para o cálculo dos procedimentos coletivos, a quantidade aprovada de procedimentos coletivos de um ano foi dividida pela população de 0 a 14 anos, para o mesmo ano, da região em questão. Essa população é indicada como prioritária pelo Ministério da Saúde para a promoção dessas ações. O parâmetro para avaliação desse indicador foram quatro procedimentos coletivos/habitante/ano, considerando a descrição do Procedimento Coletivo na tabela de procedimentos do SIA-SUS<sup>7</sup>, que determina que as ações de educação em saúde e higiene bucal supervisionada devem ser realizadas, no mínimo, a cada três meses ao longo do ano (quatro por ano).

$$\text{Razão PC} = \frac{\text{Procedimentos Coletivos Anual}}{\text{População de 0 a 14 anos Anual}}$$

**2. Razão entre Procedimentos Ambulatoriais (PA) e população total** – o total dos procedimentos ambulatoriais foi calculado a partir da divisão da soma dos valores brutos dos procedimentos preventivos individuais, restauradores, cirúrgicos e periodontais daquele ano e pela população total do mesmo ano, na RMGV-ES. Da mesma forma, foi calculado o indicador para cada um dos tipos dos procedimentos citados. Para avaliar a produção do total de procedimentos ambulatoriais, o parâmetro foi sugerido dentro do intervalo proposto pela portaria do Ministério da Saúde GM/MS no 1.101/02<sup>10</sup> (0,5 a 2,0 procedimentos/habitante/ano). A referida portaria foi revogada pela Portaria GM/MS nº 1.631 de 01.10.2015<sup>11</sup>, porém, devido ao período de estudo, ainda foi considerada para construção dos parâmetros desta análise.

$$\text{Razão PA} = \frac{\text{Procedimentos Ambulatoriais Anual}}{\text{População total Anual}}$$

**3. Cobertura de Primeira Consulta Odontológica (CPCO)** – esse indicador foi calculado dividindo-se a soma do total de primeiras consultas odontológicas de cada município que compõe a RMGV-ES pela população total da região dos anos em questão e multiplicada por 100. Ele indica o acesso da população geral à assistência

odontológica individual. Consultas de urgência e emergência não foram incluídas nesse indicador.

$$Cobertura_{\text{Primeira consulta}} = \frac{\text{Primeira consulta odontológica}}{\text{População total}} \times 100$$

**4. A cobertura da população por Equipe de Saúde Bucal (CESB)** foi analisada a partir de 2000, quando a Equipe de Saúde Bucal foi incorporada à Estratégia de Saúde da Família, tendo sido calculada da seguinte forma:

$$Cobertura_{\text{ESB}} = \frac{\text{Média de ESB} \times 3000}{\text{População total}} \times 100$$

Os dados foram armazenados no programa *Microsoft Office Excel*, versão 2010, onde foram realizadas as análises descritivas por meio do cálculo de frequências absolutas e relativas. Foi realizado o Teste não paramétrico de Spearman, no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, para análise de correlação entre a cobertura de primeira consulta e a cobertura de equipe de saúde bucal, por município componente da região. O teste também foi utilizado para correlacionar a cobertura de equipe de saúde bucal e o indicador procedimentos coletivos e ambulatoriais, por habitante/ano, nos anos de 2000 a 2014, na RMGV-ES.

Os dados utilizados neste estudo são de livre acesso, portanto, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa.

## RESULTADOS |

No que tange aos procedimentos coletivos da RMGV, é possível observar que até 2007 a escovação supervisionada contribuía com um percentual pequeno, passando a representar que possuem aproximadamente 76% desses procedimentos a partir do ano 2008. Já a aplicação tópica de flúor foi responsável por cerca de 27% dos procedimentos preventivos individuais, no período de 1999 a 2007, e 31,6% de 2008 a 2014. No bloco de procedimentos restauradores, houve uma queda do percentual desses procedimentos nos períodos estudados (de 92,1% - 1999 a 2007 para

76,5% - 2008 a 2014). Dentre os procedimentos cirúrgicos, a exodontia foi o mais realizado, com mais de 88% em todos os períodos. Já em relação aos procedimentos periodontais, pode-se perceber um aumento no número de procedimentos de raspagem supra gengival e de remoção de cálculo dentário (Tabela 1).

Quanto aos procedimentos ambulatoriais, houve predominância dos procedimentos restauradores até 2003, e de 2004 em diante uma alternância entre os procedimentos individuais preventivos, restauradores e periodontais. Ao analisar o total de procedimentos ambulatoriais, a série histórica mostrou expansão da oferta dos serviços em aproximadamente quatro vezes, no decorrer dos 20 anos de análise (de 0,105 a 0,390 procedimento/habitante/ano), com a maior taxa em 2013 (0,849 procedimento/habitante/ano). O aumento da oferta de procedimentos coletivos foi menor, passando de 0,029 para 2,130 procedimento/habitante/ano ao comparar 1994 e 2014, com a maior taxa ocorrendo em 2005 (3,55/habitante) (Figura 1).

A Tabela 2 mostra que apenas os municípios de Fundão e Cariacica possuíam ESB antes do ano de 2003. Entre 2003 e 2005, a maioria dos municípios incorporou a equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF). O município de maior destaque em relação à cobertura populacional por ESB foi Fundão, com mais de 77% entre 2012 e 2014. Já Viana inseriu a ESB entre 2009 e 2011 e para apenas 0,47% da população. O segundo município de menor cobertura foi Cariacica, com o maior percentual (1,11%) de 2012 a 2014. Em relação à cobertura da primeira consulta odontológica, o município com a maior taxa foi Fundão, principalmente nos anos de 2003 a 2008. Cariacica foi o município com menor cobertura da primeira consulta na maioria dos anos analisados. Ao correlacionar ambos os indicadores, houve forte correlação negativa e estatisticamente significante apenas no município de Viana ( $r = -0,894$ ;  $p\text{-valor} = 0,041$ ).

Ao correlacionar a cobertura de ESB com procedimentos ambulatoriais e procedimentos coletivos, observou-se uma correlação positiva moderada entre o indicador de procedimentos ambulatoriais e percentual de cobertura de ESB ( $r = 0,688$ ;  $p\text{-valor} = 0,005$ ); para os procedimentos coletivos não se encontrou significância estatística ( $r = 0,245$ ;  $p\text{-valor} = 0,379$ ) (Figura 2).

Tabela 1 - Percentual dos procedimentos agrupados em bloco segundo períodos de análise na RMGV-ES, 1994 a 2014

Procedimentos Coletivos	Jun 1994 - Set 1999		Out 1999 - Dez 2007		Jan 2008- Dez 2014	
	N	%	N	%	N	%
Procedimentos Coletivos I e II	913413	97,9%	5682557	69,8%	-	-
Escovação supervisionada	19336	2,1%	1617300	19,9%	5356535	75,8%
Bochecho fluorado	-	-	527497	6,5%	624523	8,8%
Ação coletiva de aplicação de flúor	-	-	165453	2,0%	691611	9,8%
Exame epidemiológico	-	-	152700	1,9%	390176	5,5%
<b>Total</b>	<b>932749</b>	<b>100,0%</b>	<b>8145507</b>	<b>100,0%</b>	<b>7062845</b>	<b>100,0%</b>
Preventivos Individuais	N	%	N	%	N	%
Aplicação terapêutica de flúor	45612	16,9%	390552	26,6%	469110	31,6%
Odontologia preventiva II	140365	52,1%	-	-	-	-
Aplicação de carióstático por dente	3210	1,2%	30945	2,1%	42344	2,9%
Aplicação de selante por dente	43035	16,0%	323294	22,0%	534012	36,0%
Controle da placa bacteriana	30279	11,2%	501341	34,2%	437198	29,5%
Escariação por dente	7015	2,6%	221392	15,1%	-	-
<b>Total</b>	<b>269516</b>	<b>100,0%</b>	<b>1467524</b>	<b>100,0%</b>	<b>1482664</b>	<b>100,0%</b>
Restauradores	N	%	N	%	N	%
Capeamento pulpar	6476	1,2%	61647	4,4%	139514	5,8%
Tratamento restaurador	484336	92,6%	1298985	92,1%	1841731	76,5%
Selamento da cavidade	32059	6,1%	49546	3,5%	427211	17,7%
<b>Total</b>	<b>522871</b>	<b>100,0%</b>	<b>1410178</b>	<b>100,0%</b>	<b>2408456</b>	<b>100,0%</b>
Cirúrgicos	N	%	N	%	N	%
Pulpotomia	14456	6,2%	49546	8,5%	29362	7,6%
Exodontia	215756	93,1%	522455	89,4%	343008	88,9%
Tratamento alveolite	1343	0,6%	8259	1,4%	4690	1,2%
Frenectomia	107	0,05%	1332	0,2%	2836	0,7%
Ulotomia	137	0,1%	2518	0,4%	5993	1,6%
<b>Total</b>	<b>231799</b>	<b>100,0%</b>	<b>584110</b>	<b>100,0%</b>	<b>385889</b>	<b>100,0%</b>
Periodontais	N	%	N	%	N	%
Gengivectomia/gengivoplastia	-	-	4042	0,4%	-	-
Raspagem supra/ remoção de calculo	114612	76,6%	904464	83,1%	2126056	99,8%
Curetagem subgengival	34952	23,4%	189752	16,6%	4810	0,2%
<b>Total</b>	<b>149564</b>	<b>100,0%</b>	<b>1094216</b>	<b>100,0%</b>	<b>2130866</b>	<b>100,0%</b>

Figura 1 - Evolução da taxa de atendimento segundo bloco de procedimentos ambulatoriais (A) e modalidade dos procedimentos (B), na RMGV-ES, 1994 a 2014

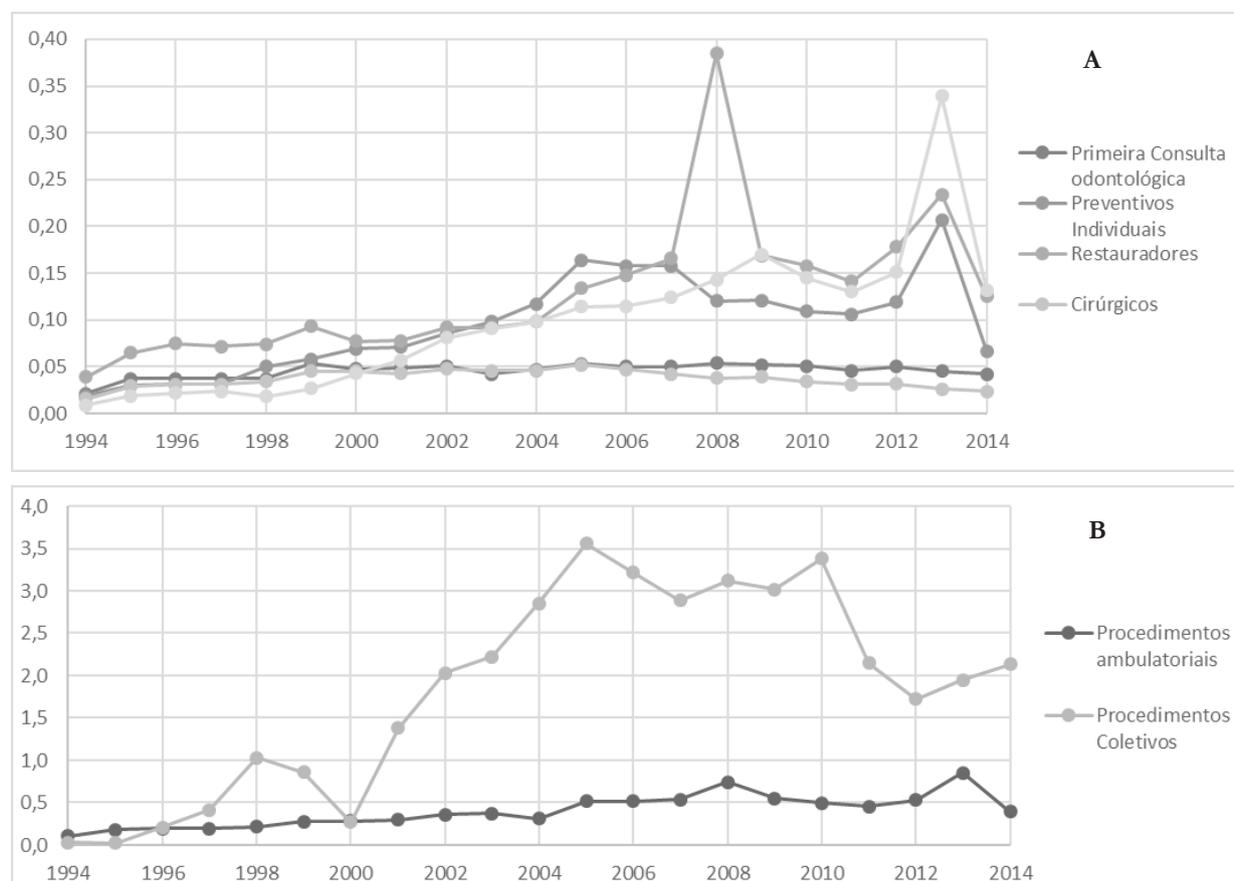
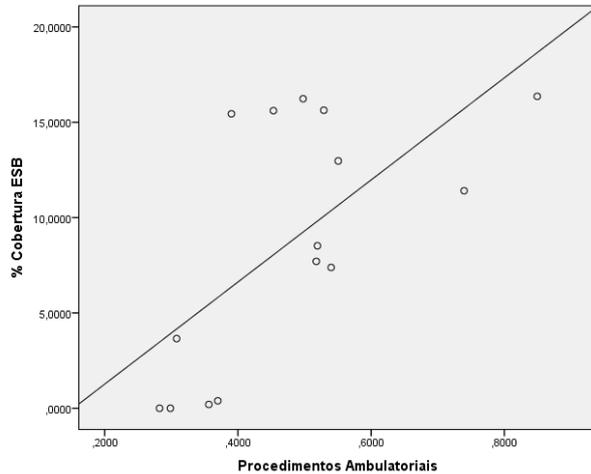


Tabela 2 - Correlação entre cobertura da população por Equipe de Saúde Bucal e cobertura de primeira consulta odontológica segundo município que compõe a RMGV-ES, 2000-2014

Município	Indicador	2000-2002	2003-2005	2006-2008	2009-2011	2012-2014	Teste de Spearman
Cariacica	CESB	0,15	0,80	0,67	0,76	1,11	$r=-,700$ p-valor=0,188
	CPCO	2,29	2,26	3,51	2,41	2,23	
Fundão	CESB	3,79	35,51	56,88	68,51	77,67	$r=-,400$ p-valor=0,505
	CPCO	4,59	17,05	14,33	5,70	4,26	
Guarapari	CESB	0	3,75	16,49	13,18	11,13	$r=-,600$ p-valor=0,747
	CPCO	6,61	6,11	3,50	2,89	2,48	
Serra	CESB	0	1,68	6,75	10,85	11,75	$r=,200$ p-valor=0,285
	CPCO	6,38	5,00	6,04	7,04	6,36	
Viana	CESB	0	0	0	0,47	8,77	$r=-,894$ p-valor=0,041
	CPCO	10,49	6,78	6,48	5,83	2,97	
Vila Velha	CESB	0	5,48	11,82	12,09	10,92	$r=,100$ p-valor=0,873
	CPCO	2,96	4,14	4,08	3,88	1,48	
Vitória	CESB	0	7,84	15,21	39,83	42,96	$r=-,400$ p-valor=0,505
	CPCO	7,21	6,62	7,05	6,94	9,64	
RMGV	CESB	0,07	3,99	9,12	14,94	15,81	$r=-,359$ p-valor=0,553
	CPCO	4,95	4,75	5,14	4,95	4,55	

Figura 2 - Relação entre percentual de cobertura de equipe de saúde bucal com procedimentos ambulatoriais e coletivos por habitante/ano no período de 2000 a 2014 na RMGV-ES



## DISCUSSÃO |

Segundo o parâmetro mínimo de quatro procedimentos coletivos por habitante/ano para população de 0 a 14 anos, a RMGV-ES apresentou produção aquém do esperado nos anos analisados. Em relação ao parâmetro de procedimentos ambulatoriais, a partir de 2004 houve aumento no indicador que atingiu o determinado pela portaria do Ministério da Saúde GM/MS no 1.101/02<sup>10</sup> (0,5 a 2,0 procedimentos/habitante/ano) na maioria dos anos seguintes.

É importante destacar que ambos os indicadores, procedimentos coletivos e ambulatoriais, obtiveram aumento após 2004, ano de implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Fato que valida as diretrizes da política as quais propõem a ampliação do acesso à saúde bucal a todas as faixas etárias em todos os níveis de atenção<sup>3,12</sup>.

Ao analisar os procedimentos ambulatoriais de forma individual, após a PNSB, foi possível observar o considerável aumento dos procedimentos preventivos individuais em comparação aos demais procedimentos. Antes desse período, os procedimentos restauradores eram a maioria dentre os ambulatoriais. O aumento também ocorreu com os procedimentos coletivos, com maior indicador no ano de 2005, em consonância com as frentes de atuação da PNSB, nas quais estão inseridas as medidas para garantir as ações de prevenção e promoção de saúde<sup>3</sup>

Um grande avanço em relação à saúde bucal dos brasileiros e à ampliação da oferta de atendimento odontológico foi a incorporação da ESB na ESF, no ano 2000, na tentativa de se qualificar esse modo integral de atenção, tomando-a parte integrante da saúde das famílias e comunidade<sup>13</sup>. Entretanto, nos municípios da RMGV-ES, apenas em 2004 houve o movimento da incorporação de fato da ESB na ESF, tendo sido observada, neste estudo, uma baixa cobertura populacional na RMGV-ES. Evidenciou-se que o número de equipes implantadas na maioria dos municípios ainda é reduzido, necessitando ser ampliado para que beneficiem maior parcela da população.

Entre as dificuldades para implementação de ESB, destacam-se a falta de comprometimento dos gestores para manutenção e instalação de novas equipes, má distribuição dos profissionais de saúde, financiamento irregular, defasagem na formação de recursos humanos de nível médio na área de saúde bucal e baixos salários<sup>14,15</sup>.

Dentre os municípios analisados neste estudo, o de maior cobertura de ESB é também o de menor porte populacional da RMGV-ES. Estudo realizado no Paraná também identificou um padrão de maior adesão e implementação de equipes de saúde bucal em municípios de pequeno porte populacional<sup>16</sup>. Em municípios menores, altas coberturas populacionais podem ser obtidas com a instalação de pequeno número de equipes<sup>17</sup>.

Quanto à cobertura da primeira consulta odontológica, os dados revelaram que houve aumento nos anos seguintes ao lançamento da PNSB, porém esse aumento não se manteve ao longo dos anos, tendo apresentado ligeira queda no indicador ao se compararem os anos de 2004 e 2014, indicando que a ampliação do acesso à primeira consulta não foi consistente como desejado. Fato preocupante, uma vez que a cobertura da primeira consulta odontológica deveria ser, no mínimo, mantida e jamais reduzida no decorrer dos anos.

Não houve relação significativa entre cobertura de ESB e de primeira consulta odontológica na maioria dos municípios, e esse fato revela que apesar do pequeno aumento da cobertura de ESB, este não foi acompanhado do aumento da cobertura da primeira consulta odontológica. O município de Viana apresentou relação forte e negativa entre ambos os indicadores, demonstrando, nesse município, que o aumento de cobertura de equipes de saúde bucal teve relação com a diminuição da cobertura de primeira consulta odontológica.

Isso pode ser explicado pelo fato de que a simples inclusão de ESB nas unidades de saúde da família não se traduz em mudança no processo de trabalho. A prática, desta forma, continua se dando no modo tradicional, com baixo impacto e baixa cobertura<sup>18</sup>. Estudo sobre o impacto da equipe de saúde bucal nos indicadores de saúde bucal no Rio Grande do Norte mostrou que ele não é significativo quando comparado com áreas possuidoras de unidades de saúde sem ESB<sup>19</sup>.

Ademais, a análise de correlação mostrou a relação do aumento da cobertura de ESB apenas com os procedimentos ambulatoriais. Desta forma, pode-se verificar um modelo de atenção mais centrado em ações curativas, mesmo após a incorporação da ESB na ESF. Esses achados podem estar relacionados ao fato de os cirurgiões-dentistas estarem restritos ao atendimento clínico ambulatorial básico (exodontia, evidenciação de placa bacteriana, orientação da dieta, aplicação tópica de flúor, restaurações, orientação de higiene oral e procedimentos básicos de periodontia), sem priorização das ações coletivas, tais como visitas domiciliares, ações de prevenção e promoção à saúde e realização de reuniões com a comunidade de abrangência<sup>14</sup>.

Esse fato reafirma a necessidade de que profissionais de saúde, principalmente os atuantes no SUS, tenham visão ampliada do processo saúde/doença para equilibrarem ações de prevenção e cura, desempenhando atividades como a participação na identificação dos problemas dos grupos populacionais do território sob responsabilidade do seu serviço de saúde, e a atuação em equipes multidisciplinares e intersetoriais<sup>1</sup>.

Neste sentido, cabe destacar a importância da educação permanente na identificação de necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde. Principalmente na construção de estratégias, processos e caminhos para qualificação da atenção em saúde e com objetivo de produzir um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população<sup>20</sup>.

A mudança na descrição dos procedimentos do SIA-SUS, no decorrer dos anos estudados impossibilitou uma análise completa dos diferentes enfoques em cada bloco analisado. A principal limitação do estudo diz respeito à qualidade dos dados, não sendo possível inferir que as taxas apresentadas correspondam às verdadeiras realizadas nas unidades básicas de saúde.

## CONCLUSÃO |

Pelo exposto, é possível entender que a PNSB influenciou o aumento dos indicadores de procedimentos ambulatoriais e coletivos. Entretanto, evidenciamos que o aumento de ESB na RMGV-ES, após a política, não foi suficiente para atingir uma cobertura populacional adequada a suprir as necessidades da população. Além disso, a relação entre os indicadores de cobertura populacional de equipes de saúde bucal e de procedimentos ambulatoriais sugere que a prática profissional esteja voltada para ações curativas, pautadas no atendimento clínico ambulatorial.

Por fim, ressalta-se a importância da ampliação e facilitação do acesso da população aos serviços odontológicos, principalmente nas ações de prevenção de doenças e promoção de saúde bucal. Para isso, também se faz necessária uma prática profissional que supere os limites do tecnicismo para alcançar, integralmente, uma melhora na condição de saúde bucal da população.

## REFERÊNCIAS |

1. Aquilante AG, Aciole GG. Oral health care after the National Policy on Oral Health - "Smiling Brazil": a case study. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(1):239-48.
2. Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(2):241-6.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. Mattos GCM, Ferreira e Ferreira E, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(2):373-82.
5. Barros SG, Chaves SCL. A utilização do sistema de informações ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. *Epidemiol Serv Saúde*. 2003; 12(1):41-51.
6. Celeste RK, Vital JF, Junger WL, Reichenheim ME. Time series analysis of dental care procedures in Brazilian

- public services, 1994-2007. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(11):4523-32.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual do sistema de informação ambulatorial. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população residente para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2015. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
9. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [Internet]. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil [acesso em 10 jan 2016]. Disponível em: URL: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>>.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 1101, de 12 de junho de 2002. Estabelece parâmetros assistenciais do SUS. Diário Oficial da União 13 jun 2002.
11. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União 02 out 2015.
12. Pucca Jr. GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(1):243-6.
13. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 1444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União dez 2000.
14. Silva SF, Martelli PJJ, Sá DA, Cabral AP, Pimentel FC, Monteiro IS, et al. Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(1):211-20.
15. Viana IB, Martelli PJJ, Pimentel FC. Análise da evolução das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco no período de 2001 a 2009. *Int J Dent*. 2011; 10(4):242-8.
16. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(4):1026-35.
17. Souza M. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: Hucitec; 2002.
18. Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(12):2871-80.
19. 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. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(5):985-96.
20. Carota F, Kawadura D, Salazar J. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalho. *Saúde Soc*. 2009; 18(1):48-51.

*Correspondência para/Reprint request to:*

**Lorraine Belotti**

*Universidade Federal do Espírito Santo,  
Centro Biomédico, Departamento de Medicina Social,  
Maruípe, Vitória/ES, Brasil  
CEP: 29043-900  
E-mail: lorrainebelotti@gmail.com*

Recebido em: 31/12/2017

Aceito em: 26/09/2018