

Revista Saúde.Com

ISSN 1809-0761

<https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc>**SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO MUNICÍPIO DE SANTO ESTÊVÃO BAHIA****ORAL HEALTH IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: DIAGNOSES AND PROCEDURES PERFORMED IN THE MUNICIPALITY OF SANTO ESTÊVÃO BAHIA****Cassia Tainar da Silva Souza¹, Claudia Cerqueira Graça Carneiro¹, Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues¹, Danilo César Avelar dos Santos², Renato Queiroz dos Santos Júnior¹**Universidade Estadual de Feira de Santana¹, Secretaria Municipal de Saúde de Santo Estêvão-BA²**Abstract**

The objective of the present study is to analyze the oral health services of two Family Health Units (USF), through data collected from individual dental care reports. This is a cross-sectional descriptive quantitative research, which used secondary data, whose source was 48 dental care reports from the Citizen's Electronic Health Record. Data were collected from records carried out between September 2020 and August 2021. A descriptive quantitative analysis was carried out on the dental procedures performed and the oral diseases, diagnosed according to the International Classification of Diseases (ICD-10). Excel spreadsheets were the collection instrument. Most of the consultations were carried out in women, 71.6% in unit 1 and 69.7% in unit 2. The age group most attended was adults in the two FHUs, 1 with 59.1% and 2 with 61.9% of attendances. Dental caries was the most diagnosed condition in both, being 71.6% at USF 1 and 83.9% at USF 2. The most performed procedure was scaling and smoothing, with unit 1 with 33.5% and unit 2 with 55.1%, the extraction of permanent teeth represented 3.4% and 3.3% respectively. Thus, the study showed a high prevalence of caries in the population served, but the data revealed an oral health service with little use of mutilating procedures.

Keywords: Dental care; primary care; health information system.

Resumo

O objetivo do presente estudo é analisar os serviços em saúde bucal de duas Unidades de Saúde da Família (USF), por meio dos dados coletados dos relatórios de atendimento odontológico individual. Trata-se de uma pesquisa quantitativa descritiva de corte transversal, que utilizou dados secundários, cuja fonte foi 48 relatórios de atendimento odontológico do Prontuário Eletrônico do Cidadão. Os dados foram coletados dos registros realizados entre setembro 2020 e agosto de 2021. Realizou-se uma análise quantitativa descritiva dos procedimentos odontológicos realizados e dos agravos bucais, diagnosticados de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). As planilhas do Excel foram o instrumento de coleta. A maioria dos atendimentos foram realizados em mulheres, 71,6% na unidade 1 e 69,7% na unidade 2. A faixa etária mais atendida foi a de adultos nas duas USF, a 1 com 59,1% e a 2 com 61,9% dos atendimentos. A cárie dentária foi o agravo mais diagnosticado em ambas, sendo 71,6% na USF 1 e 83,9% na USF 2. O procedimento mais realizado foi a raspagem e alisamento, sendo a unidade 1 com 33,5% e a unidade 2 com 55,1%, já as exodontias de dentes permanentes representou 3,4% e 3,3% respectivamente. Dessa forma, o trabalho mostrou alta prevalência de cárie na população atendida, porém os dados revelaram um serviço de saúde bucal com pouco uso de procedimentos mutiladores.

Palavras-chave: Assistência odontológica; atenção básica; sistema de informação em saúde.

Introdução

Em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF) foi criado com a proposta de trazer uma reorganização para o modelo de saúde que estava posto no âmbito da Atenção Básica (AB), na qual as práticas se concentravam nos atendimentos curativos. Dez anos depois, no ano de 2006, o PSF foi substituído pela Estratégia Saúde da Família (ESF), estabelecida através da Portaria nº GM/648 da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com revisões realizadas nos anos de 2011 e 2017¹. A ESF tem o objetivo de continuar promovendo a reorganização da AB, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo resolutividade e impacto na situação de saúde².

No formato inicialmente articulado para o PSF, as Equipes de Saúde da Família (eSF), não incorporaram os profissionais de saúde bucal. O movimento de luta pela atenção odontológica perpassou por Conferências Nacionais de Saúde Bucal (CNSB), nas quais a 1ª ocorreu em 1986 e propôs a inserção da saúde bucal no SUS por meio de um Programa Nacional de Saúde Bucal, porém a proposta não foi bem-sucedida perante os governos. A 2ª CNSB, ocorreu em 1993 e aprovou as diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal, propondo características para um novo modelo de atenção. Já a 3ª CNSB ocorreu em 2004, e teve como resultado a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que originou o Programa Brasil Sorridente^{3,4}.

Os primeiros passos para garantia do serviço de saúde bucal foram dados com a Portaria 1.444 de dezembro de 2000, que estabeleceu um incentivo financeiro à inclusão das Equipes de Saúde Bucal (eSB) nos serviços da AB. Em março de 2001, entrou em vigor a Portaria 267, que dispôs sobre a regulamentação da Portaria 1.444 e estabeleceu o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na AB, trazendo o elenco de procedimentos básicos para este nível de atenção, bem como os tipos de eSB: modalidade I, composta por Cirurgião-Dentista (CD) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB); modalidade II, composta por CD, ASB e Técnico de Saúde Bucal (TSB)⁵. Nesse contexto, os profissionais da eSB não foram incluídos na equipe do PSF de uma Unidade de Saúde da Família (USF), mas sim, inseridos como uma equipe paralela a eSF, fato problemático que deixa brecha para os gestores locais optarem pela não implantação do serviço⁶.

Por muitos anos, as políticas públicas de saúde não contemplaram a saúde bucal, de

modo que o acesso dos brasileiros à essa era limitado, sendo a extração dentária o principal tratamento ofertado. Em 2003, o Ministério da Saúde (MS) realizou o levantamento nacional de saúde bucal, no qual os resultados mostraram altos índices de perdas dentárias. A PNSB foi elaborada em 2004 com o intuito de mudar esse quadro. O principal objetivo da referida política é a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltadas para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito por meio do SUS⁷.

Para ampliação do acesso aos serviços de saúde bucal, de maneira a superar o modelo biomédico, propõem-se duas formas de inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde: 1) por linhas de cuidado; e 2) por condição de vida. A primeira prevê o reconhecimento de especificidades próprias da idade, podendo ser trabalhada como saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso. Já a proposta de atenção por condição de vida compreende a saúde da mulher, saúde do trabalhador, de pessoas com necessidades especiais (PNE), hipertensos, diabéticos, dentre outras⁸.

Em 2010, o MS realizou mais um levantamento nacional de saúde bucal, intitulado SB Brasil 2010, seus resultados serviram tanto para avaliar o impacto do programa Brasil Sorridente, quanto para identificar problemas e reorientar as estratégias de prevenção e assistência, cujos relatórios mostraram que houve queda significativa no índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) médio da faixa etária de adultos entre 35 a 44 anos, saindo de 20,1 no SB Brasil 2003 para 16,75 em 2010, na faixa etária de idosos de 65 a 74 o CPO-D médio foi 27,53 apresentando queda discreta de 2003 para 2010, revelando que a prevalência da extração dental ainda seguiu alta^{9,10}.

Em vista disso, para o planejamento, monitoramento e avaliação das condições de saúde da comunidade, os sistemas de informação em saúde são grandes aliados. Nesse sentido, a Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013 instituiu o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), que se tornou referência como sistema de informação da AB para fins de financiamento e para adesão aos programas e estratégias da PNAB. Além do SISAB, tem-se os sistemas e-SUS AB, composto por dois softwares que instrumentalizam a coleta dos dados que são inseridos no SISAB, são eles:

Coleta de Dados Simplificado (CDS) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)¹¹.

No final do ano de 2016, o MS determinou que os municípios brasileiros deveriam adotar o PEC nos serviços da AB. O PEC armazena as informações clínicas e administrativas dos usuários, no contexto das USF, tendo como principal objetivo informatizar o fluxo de atendimento do cidadão realizado pelos profissionais de saúde¹². Nesse sentido, fontes de dados secundários provenientes de sistemas de informações em saúde, abrangendo informações epidemiológicas, administrativas e clínicas, vêm sendo crescentemente empregadas na pesquisa e na avaliação em saúde no Brasil e em outros países. Levando-se este fato em consideração, o PEC revela-se um potente instrumento de vigilância dos serviços de saúde bucal¹³.

Com isso, o presente trabalho tem o objetivo de analisar os serviços em saúde bucal em duas USF do município de Santo Estêvão-BA, as quais são sedes da Residência Multiprofissional de Saúde da Família (RMSF) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), por meio dos dados coletados dos relatórios de atendimento odontológico individual do PEC.

Metodologia

Este trabalho trata-se de uma pesquisa quantitativa descritiva de corte transversal, que utiliza como fonte os dados secundários dos relatórios de atendimento odontológico individual do PEC das USF referência da RMSF da UEFS no município de Santo Estêvão-BA.

A cidade de Santo Estêvão, localizada no estado da Bahia, tem uma população de 53.269 habitantes, segundo estimativa para o ano de 2020 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), implantou o PEC em março de 2020¹⁴. A organização da AB nessa localidade possui: 14 USF com eSF e eSB modalidade I, 01 Unidade Básica de Saúde (UBS) com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) rural e urbano e 01 Equipe Multiprofissional. O município é campo de atuação da RMSF da UEFS, os residentes atuam na USF Clóvis Pires Magalhães, na USF Tobias Alves dos Santos e na Equipe Multiprofissional, composta por farmacêutico, profissional de educação física, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social e nutricionista¹⁵.

O PEC está em funcionamento na USF Clóvis Pires desde a implantação no município, março de 2020, porque essa USF foi eleita como

unidade piloto, já nas demais, incluindo a USF Tobias Alves, o PEC passou a ser utilizado em setembro de 2020. A USF 1 possui 5.479 usuários cadastrados e a USF 2 apresenta 4.993 cadastros. A escolha dessas USF como local de coleta de dados para este estudo foi intencional, levando em consideração a aproximação das pesquisadoras nesses espaços, enquanto residentes e tutoras da RMSF da UEFS. Os dados foram coletados dos registros realizados entre setembro 2020 e agosto de 2021, totalizando 1.367 amostras. Foi feita análise quantitativa descritiva dos principais agravos em saúde bucal, diagnosticados de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e dos procedimentos odontológicos realizados pelas eSB das USF em estudo.

As vantagens de estudos quantitativos, descritivos e de corte transversal como esse, estão na facilidade e no baixo custo para realização, além de serem geradores de hipóteses de associação e suas desvantagens perpassam pela impossibilidade de testar hipóteses, pois as variáveis são medidas simultaneamente¹⁶. Todos os dados dos atendimentos odontológicos realizados no período do estudo foram coletados através de 48 relatórios de atendimento odontológico individual do PEC, versão 4.1.8. O instrumento de coleta foi a planilha do Excel, versão 2019, cujas informações dos relatórios foram acessadas no PEC a partir do perfil do gestor local.

Os critérios de inclusão foram a utilização de dados provenientes apenas de registros de usuários cadastrados na área abrangência das USF em estudo e que foram atendidos pelas eSB dessas unidades. Os critérios de não inclusão foram dados provenientes de registros de usuários que não estão cadastrados na área adscrita e/ou que não foram atendidos pelas eSB das USF em questão.

As variáveis utilizadas neste estudo foram os procedimentos odontológicos realizados por sexo, por linha de cuidado (faixa etária e gestantes), por turno de atendimento (manhã e tarde), por condição de vida (pessoas com necessidades especiais) e por tipo de atendimento (consulta agendada, escuta inicial / orientação, consulta no dia e atendimento de urgência). O método de análise de dados foi a avaliação descritiva e diagnóstica, na qual as informações coletadas dos relatórios de atendimento odontológico em números absolutos foram transformadas em porcentagem, para que na fase diagnóstica fosse possível compreender causas e eventos, que permitissem traçar hipóteses de associação e

descrever quantitativamente o serviço de saúde bucal das comunidades pesquisadas.

O sigilo das informações dos usuários e a identidade desses foram completamente preservados de maneira que os relatórios utilizados apresentam dados compilados mensalmente sem a identificação individual dos usuários. Por conseguinte, essa pesquisa está isenta da obrigatoriedade de aprovação pelo Comitê de Ética. Como trata-se de informações secundárias que não são de domínio público e dizem respeito aos usuários do SUS cadastrados no município de Santo Estêvão-BA, para a coleta dos dados foi cedida às pesquisadoras uma anuência pela secretaria de saúde local, com a condição de que as informações coletadas seriam utilizadas exclusivamente para a execução dessa pesquisa.

Resultados

Ao analisar os dados coletados, foi identificado nas duas USF que o número de atendimentos odontológicos a pessoas do sexo feminino foi maior do que o das pessoas do sexo masculino, na USF 1 do total de 726 atendimentos registrou-se 520 de mulheres e 206 de homens, sendo respectivamente 71,6% das consultas a usuárias e 28,4% a usuários. Na USF 2 do total de 641 atendimentos, 447 foram de mulheres e 194 de homens, sendo respectivamente 69,7% das consultas a usuárias e 30,3% a usuários (Tabela 1).

Os dados referentes a idade das pessoas atendidas tiveram os números mais altos expressos na faixa etária de adultos (20 a 59 anos) em ambas USF, assim, na USF 1 foi registrado 429 (59,1%) e na USF 2 397 (61,9%) dos atendimentos. A organização dos dados foi feita de acordo com as idades que estão colocadas no relatório de atendimento odontológico individual do PEC, que utiliza como parâmetro as linhas de cuidado apresentadas no caderno 17, que dispõe sobre a saúde bucal no âmbito da AB⁸. Com relação aos registros de atendimentos por turno, houve uma divergência entre as USF, de modo que a USF 1 registrou mais atendimentos no período da tarde 374 (51,5%), já a USF 2 registrou mais atendimentos no turno da manhã 470 (73,3%) (Tabela 1).

No tocante ao tipo de atendimento, o maior percentual identificado na USF 1 foi o de consulta agendada, com 72,2% dos atendimentos. Na USF 2 foi a consulta no dia a responsável pelo maior registro, com 63,5% dos atendimentos, sendo que essa não registrou nenhum atendimento de escuta

inicial/orientação no período estudado. Com relação ao atendimento de urgência, a USF 1 apresentou 4,3% e a USF 2 3,6% das consultas. Em se tratando dos atendimentos odontológicos a linha de cuidado gestantes e a condição de vida pessoas com necessidades especiais, foram encontrados os respectivos dados: 7,7% e 1,8% na USF 1 e 15% e 0,2% na USF 2 (Tabela 1).

Tabela 1 – Quantitativo de usuários atendidos no serviço de saúde bucal de duas USF de um município baiano, Brasil, 2021.

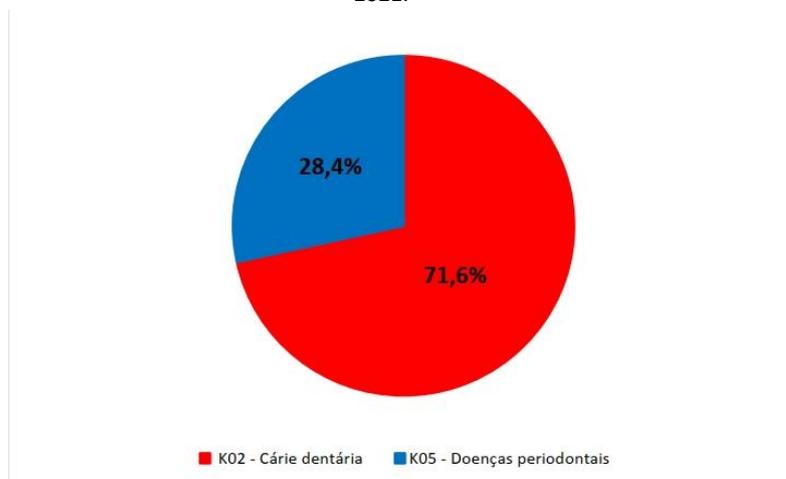
VARIÁVEL	USF 1		USF 2	
	N	%	N	%
SEXO				
Feminino	520	71,6	447	69,7
Masculino	206	28,4	194	30,3
Total	726		641	1.367
IDADE				
0 a 24 meses	00	0,0	02	0,3
02 a 09 anos	105	14,5	57	8,9
10 a 19 anos	114	15,7	118	18,4
20 a 59 anos	429	59,1	397	61,9
60 anos acima	78	10,7	67	10,5
TURNO DE ATENDIMENTO				
Manhã	352	48,5	470	73,3
Tarde	374	51,5	171	26,7
TIPO DE ATENDIMENTO				
Consulta agendada	524	72,2	211	32,9
Escuta inicial / Orientação	14	1,9	00	0,0
Consulta no dia	157	21,6	407	63,5
Atendimento de urgência	31	4,3	23	3,6
LINHA DE CUIDADO				
Gestante	56	7,7	96	15,0
PNE	13	1,8	01	0,2

Fonte: Relatório PEC e-SUS AB.

No que se refere aos principais agravos em saúde bucal, diagnosticados de acordo com a CID-10, do total de registros de cárie e doença periodontal dentro do período pesquisado, na USF 1, 71,6% dos diagnósticos foram de cárie dentária (CID-10: K02) e 28,4% foram de doenças periodontais (CID-10: K05) (Gráfico 1). Ao partir para os dados registrados sobre os principais procedimentos odontológicos realizados na USF 1, destacam-se a raspagem e alisamento (33,5%), orientação de higiene bucal (23,2%) e restaurações (17,4%). Os percentuais de exodontias realizadas nessa USF foram 3,4% de

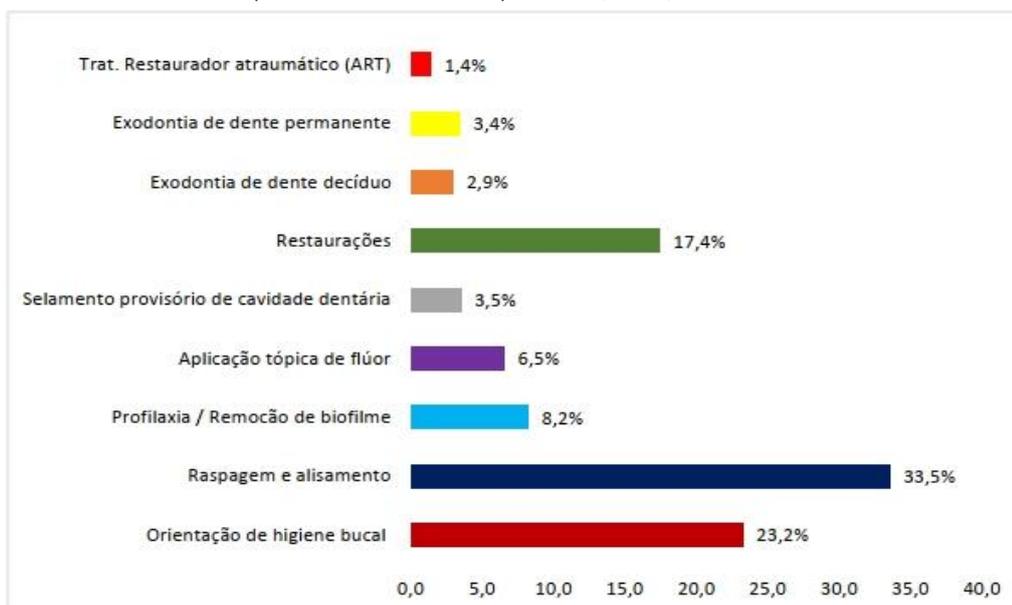
extrações de dentes permanentes e 2,9% de extrações de dentes decíduos (Gráfico 2).

Gráfico 1 - Percentual dos principais agravos em saúde bucal, diagnosticados de acordo com a CID-10 na USF 1 pertencente a um município baiano, Brasil, 2021.



Fonte: Relatório PEC e-SUS AB.

Gráfico 2 - Percentual dos principais procedimentos odontológicos realizados na USF 1 pertencente a um município baiano, Brasil, 2021.

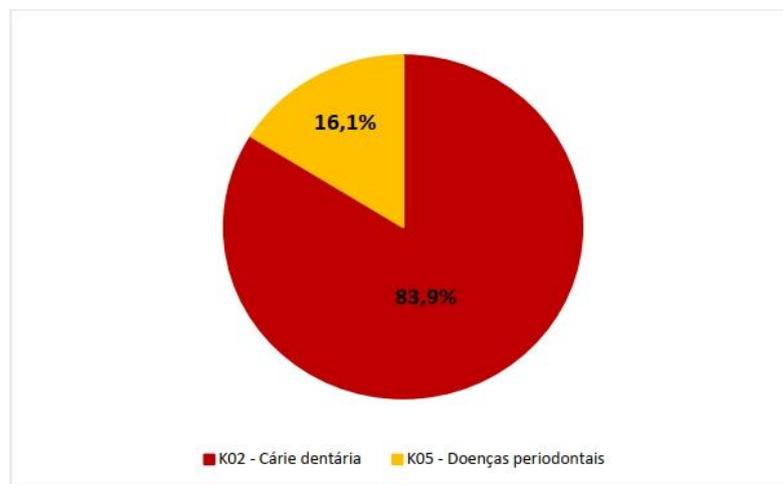


Fonte: Relatório PEC e-SUS AB.

Ao analisar os dados encontrados na USF 2 no tocante aos principais agravos em saúde bucal, diagnosticados de acordo com a CID-10, do total registros de cárie e doença periodontal dentro do período pesquisado, percebe-se que o padrão se repete, sendo apresentado o percentual de 83,9% para cárie dentária (CID-10: K02) e 16,1% para doenças periodontais (CID-10: K05) (Gráfico 3). Partindo-

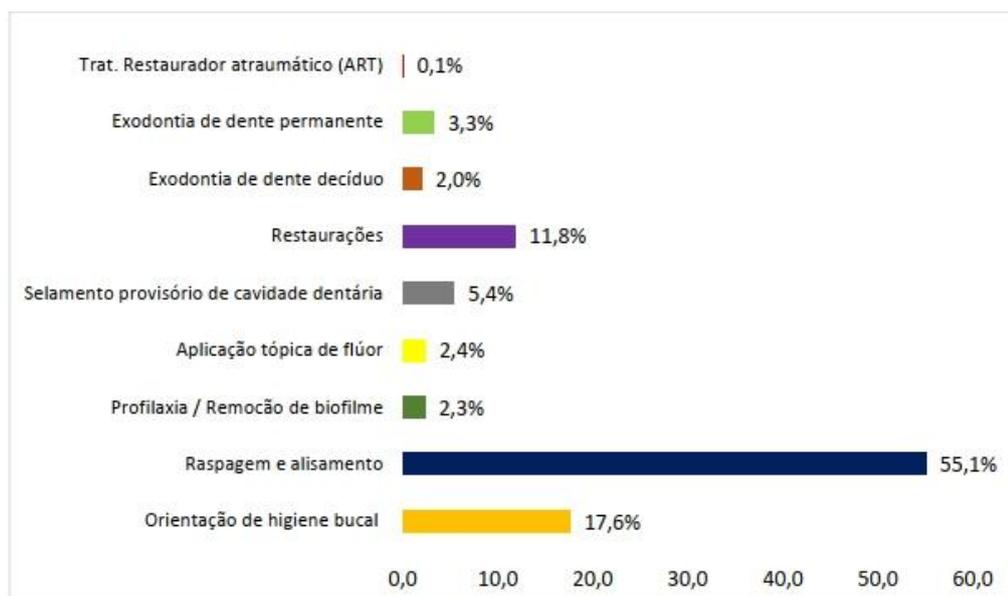
se para os dados registrados sobre os principais procedimentos odontológicos realizados na USF 2, os procedimentos mais realizados são os mesmos encontrado na USF 1, sendo raspagem e alisamento (55,1%), orientação de higiene bucal (17,6%) e restaurações (11,8%). Os percentuais de exodontias realizadas na USF 2, foram 3,3% de extrações de dentes permanentes e 2,0% de extrações de dentes decíduos (Gráfico 4).

Gráfico 3 - Percentual dos principais agravos em saúde bucal, diagnosticados de acordo com a CID-10 na USF 2 pertencente a um município baiano, Brasil 2021.



Fonte: Relatório PEC e-SUS AB.

Gráfico 4 - Percentual dos principais procedimentos odontológicos realizados na USF 2 pertencente a um município baiano, Brasil, 2021.



Fonte: Relatório PEC e-SUS AB.

Discussão

Os resultados encontrados mostram ser o número de mulheres atendidas maior que o de homens nas duas USF estudadas, tais dados convergem com os achados dos trabalhos de Pinto *et al*¹⁷ e Barbosa *et al*¹⁸, os quais apresentaram 53,3% e 76,4%, respectivamente, de frequência do público feminino. Tal padrão de procura é explicado no trabalho de Teixeira & Cruz¹⁹, sendo os principais fatores a maior disponibilidade das mulheres em acessar os serviços de saúde em horário de funcionamento das USF, de forma que estatisticamente possuem nível de ocupação mais baixo do que os homens, e as questões subjetivas como a cultura machista que transforma socialmente o homem em uma figura forte, de modo que acessar um serviço de saúde pode representar um sinal de fraqueza.

Com relação ao quantitativo de pessoas atendidas por idade, as duas USF analisadas apresentaram maioria no grupo etário de adultos, semelhante à média da faixa etária (52,9 anos) encontrada nos resultados do estudo de Pinto *et al*¹⁷. Esse fato pode ser justificado pela tendência cumulativa das doenças bucais, principalmente da cárie dentária, que apresentou uma variação do CPO-D médio no SB Brasil 2010 de 4,27 da faixa etária de adolescentes para 16,75 no grupo etário de adultos, apontando para uma possível permanência da gravidade da cárie na população adulta¹⁰.

No tocante aos resultados de atendimentos por turno, obtidos pelo presente estudo, houve divergência entre as USF, tendo a USF 1 apresentado maioria dos atendimentos no turno da tarde (51,5%) e a USF 2 no turno da manhã (73,3%). O trabalho de Bicalho²⁰, relatou achados parecidos com os resultados apresentados pela USF 2, maior parte das consultas no turno da manhã, sendo relatado no estudo referenciado que há uma evasão das consultas agendadas no turno da tarde, discordando, assim, dos dados encontrados na USF 1 do presente trabalho. Dessa forma, outros estudos, de preferência qualitativos, seriam necessários para entender melhor esse padrão de frequência dos usuários da USF 1.

Com relação ao quantitativo por tipo de atendimento encontrado no presente estudo, o maior percentual registrado na USF 1 foi o da consulta agendada (72,2%) e na USF 2 da consulta no dia (63,5%), ainda na USF 2 não foi contabilizado nenhum atendimento de escuta inicial/orientação, esse achado assemelha-se com os resultados identificados em duas das USF do estudo de Silva²¹, que também apresentaram

percentuais zerados para o atendimento de escuta inicial/orientação. Segundo Mendes²², para se alcançar o modelo de saúde adequado as condições crônicas, é necessário buscar o equilíbrio entre a atenção à demanda espontânea (consulta no dia e atendimento de urgência) e a atenção programada (consulta agendada e/ou continuada). Nota-se que as USF em estudo possuem desequilíbrio na frequência dos tipos de atendimento realizados, que pode ser reflexo da hegemonia do sistema de saúde segmentado, prejudicando o acompanhamento continuado das famílias.

Nos achados referentes ao atendimento de urgência a USF 1 apresentou 4,3% e a USF 2 3,6% das consultas, esse dado pode representar uma característica positiva do serviço, apontando para poucos casos de eventos agudos nos territórios adscritos às USF estudadas. Mendes²² afirma que a atenção programada gera baixa frequência de agudização de agravos crônicos, o que colabora para diminuição da incidência de casos de urgência, por outro lado esse achado pode representar uma limitação de acesso aos atendimentos de urgência nas agendas das eSB. O manual instrutivo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) que tem como um dos indicadores de qualidade do serviço o quantitativo dos tipos de consultas que são realizadas pelas equipes, coloca que o modelo de atenção à saúde ideal deve preconizar o atendimento a todos os tipos de demanda²³.

A respeito do atendimento a linha de cuidado: gestante, e a condição de vida: pessoas com necessidades especiais, as duas USF estudadas apresentaram percentuais baixos. Para variável gestante a USF 1 registrou 7,7% e a USF 2 15%, tais resultados convergem com os dados levantados pelo trabalho de Oliveira²⁴ antes da intervenção realizada pelo autor. Algumas situações ou condições são apontadas como formadora de barreiras para a atenção odontológica à gestante, a exemplo do paradigma de que grávidas não devem ir à consulta odontológica para evitar prejuízos ao feto²⁵.

Nos resultados da variável PNE obteve-se na USF 1 1,8% e na USF 2 0,2%, esse achado assemelha-se com os dados encontrados no trabalho de Azevedo *et al*²⁶. Tais autores afirmam que essa população tem dificuldades em conseguir atendimento no serviço público de saúde e Macêdo *et al*²⁷ acrescentam que quando a busca é pelos serviços de saúde bucal, a dificuldade é ainda maior. Lopes²⁸ descreve em seu trabalho as possíveis causas dessa problemática, como a falta de preparo dos

profissionais para atender esse público, a negligência dos serviços públicos de saúde bucal prestados a PNE e descrédito e/ou desinformação da importância da saúde bucal pelos pais e/ou responsáveis.

Analisando os dados encontrados sobre os principais agravos em saúde bucal, diagnosticados de acordo com a CID-10, a cárie dentária predominou entre os diagnósticos nas duas USF estudadas (USF 1 71,6% e USF 2 83,9%). Segundo os resultados do SB Brasil 2010, o país saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 para uma condição de baixa prevalência em 2010, mesmo com a regressão da doença a nível nacional, os percentuais nas unidades estudadas continuam altos. Dessa forma, será preciso estabelecer políticas públicas em saúde bucal para garantir e ampliar o acesso a serviços resolutivos, bem como desenvolver ações de promoção e prevenção com o objetivo de disseminar informação a comunidade sobre autocuidado e orientá-la sobre a procura pelo serviço com regularidade¹⁰.

Observando-se os procedimentos mais realizados nas USF 1 e 2, percebe-se que em ambas a raspagem e alisamento foi o mais executado (USF 1 33,5% e USF 2 55,1%), apesar do diagnóstico mais prevalente ter sido a cárie dentária. Dessa forma, possivelmente houve subnotificação do diagnóstico relacionado à doença periodontal em casos que o usuário também apresentava cárie dental e/ou baixo registro dos procedimentos restauradores realizados. Nesse sentido, a capacitação dos profissionais é imprescindível para a qualidade do registro, uma vez que os sistemas de informação em saúde constituem-se em ferramentas-chaves para traçar planejamentos e análises com base na realidade do serviço, além de realização da vigilância em saúde²¹.

Outro achado que chama atenção é o baixo percentual de extrações dentárias nas duas USF, dentes decíduos: USF 1 2,9% e USF 2 2,0%, dentes permanentes: USF 1 3,4% e USF 2 3,3%, mesmo com alto registro de cárie dentária, sugerindo-se que o serviço pode estar intervindo na doença antes da irreversibilidade ou se deve ao fato de o município contar com o serviço de média complexidade através do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) tipo II, que dentre outras especialidades oferece a endodontia. Para melhor convergência dos dados com essa última hipótese, seria necessário incluir os dados relacionados a referências e contrarreferências USF – CEO. O trabalho de Souza et al²⁹, inferiu que municípios com CEO apresentam nas USF percentuais baixos de

extrações dentárias, muito semelhante com os achados das USF do presente estudo.

Considerações finais

O presente estudo apresentou dados de um serviço de saúde bucal que utiliza pouco as práticas mutiladoras, lançando mão de procedimentos que visam à manutenção do dente e que a presença da rede de saúde bucal com o CEO no município pode ter grande influência nos percentuais positivos relacionados a exodontias. Porém, essas USF ainda possuem em seus territórios uma população com altos índices de cárie dentária e com isso necessita-se do emprego mais efetivo de ações que visem promoção e prevenção em saúde bucal.

É importante ressaltar que a análise realizada nesse estudo ocorreu em período pandêmico, pós retorno dos atendimentos odontológicos, o que pode justificar o alto número de cárie dentária relacionando-o com a demanda reprimida por conta da suspensão dos atendimentos não urgentes e com a impossibilidade de realização de atividades coletivas de prevenção. Através dos dados também é possível inferir que as eSB das USF estudadas ainda não conseguem prestar cobertura satisfatória da atenção em saúde bucal a linha de cuidado gestantes e a condição de vida PNE.

Ao confrontar os dados de diagnósticos e procedimentos realizados, percebe-se que pode haver uma fragilidade na alimentação correta do PEC, por subnotificação de diagnósticos relacionados à doença periodontal e/ou de procedimentos restauradores executados. Os resultados do presente trabalho fornecem informações que podem nortear as ações de saúde bucal nessas unidades e no município estudado e com isso subsidiar o planejamento da assistência odontológica a essas comunidades de forma integral, resolutiva e contínua.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União 21 set 2017, Brasília.
2. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa de Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições

- sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018, 23(6):1903-1913.
3. Soares MEG, Bulgarelli AF; Helena ALBMS. Inclusão Da Saúde Bucal Na Estratégia De Saúde Da Família. Rede de Atenção à Saúde, 2016.
 4. Neves M et al. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019, 24(5):1809-1820.
 5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 267/ GM de 06 de março de 2001. Diário Oficial da União 2001; 7 mar.
 6. Silva KL, Medeiros CS. Fatores Intervenientes na Implantação da Estratégia Saúde da Família nos Municípios Brasileiros. *Rev. APS*. 2015 jul/set; 18(3): 378 – 389.
 7. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. 2004, Brasília.
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17).
 9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, 2004. 11, 36, 40 p.
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília, 2012. 116 p.
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. e-SUS Atenção Básica: Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS, Editora do Ministério da Saúde, 2013, Brasília.
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção. Resolução nº 7, de 24 de novembro de 2016. Define o prontuário eletrônico como modelo de informação para registro das ações de saúde na atenção básica e dá outras providências. Diário Oficial da União 24 nov 2016, Brasília.
 13. Coeli CM. Sistemas de Informação em Saúde e uso de dados secundários na pesquisa e avaliação em saúde. *Cad. Saúde Colet.*, 2010, Rio de Janeiro, 18 (3): 335-6.
 14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Cidades [acesso em 14 out 2021]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>.
 15. Prefeitura Municipal de Santo Estêvão. Secretaria de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Santo Estêvão, Ba: 2021, SMS.
 16. Paula T. Centro de Apoio a Pesquisa no Complexo de Saúde / UERJ [homepage na internet]. Tipos de Estudos Epidemiológicos [acesso em 13 out 2021]. Disponível em: <http://www.capcs.uerj.br/tipos-de-estudos-epidemiologicos/>.
 17. Pinto RS; Matos DL; Filho AIL. Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012; 17(2): 531-44.
 18. Barbosa, MAG et al. Participação de Usuários da Atenção Primária em Práticas de Promoção de Saúde ev Bras Promoç Saúde, 2017, 30(4): 1-11.
 19. Teixeira DBS; Cruz SPL. Atenção à saúde do homem: análise da sua resistência na procura dos serviços de saúde. *Revista Cubana de Enfermaria*, 2016, 32(4).
 20. Bicalho DM. Organização do atendimento da equipe de saúde da família Joaquim de Lima no município de Três Marias – MG. Corinto – Minas Gerais. Trabalho de Conclusão de Curso [Especialização em atenção básica em saúde da família] – Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.
 21. Silva JJ. Análise dos registros das fichas de atendimento odontológico individual no e-sus do município de Cruz das Almas. Governador Mangabeira – Bahia. Trabalho de Conclusão de Curso [Curso de Bacharelado em Odontologia] - Faculdade Maria Milza; 2017.
 22. Mendes, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2012. 300 p.
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Manual Instrutivo Para as Equipes de Atenção Básica e NASF. Brasília, 2017. 54 p.
 24. Oliveira, WLG. Melhoria na atenção do pré-natal e puerpério com integração da saúde bucal, na ESF Paulino Antônio do Carmo, Distrito de Roda Velha em São Desidério, BA. Trabalho de Conclusão de Curso [Especialização em Saúde da

Família EaD] — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

25. Vogel, MT; Rigo L; Vargas D. Assistência odontológica no pré-natal: conhecimento e percepção das gestantes. Unijui, 2021.

26. Azevedo MS, Castanheira VS, Silva LF, Schardosim LR. Percepção e atitudes dos cirurgiões-dentistas de Unidades Básicas de Saúde sobre o atendimento de Pacientes com Necessidades Especiais. Revista da ABENO, 2019. 19(3):87-100.

27. Macêdo GL, et al. Acesso ao atendimento odontológico dos pacientes especiais: a percepção de cirurgiões-dentistas da atenção básica. Revista Ciência Plural. 2018; 4(1):67-80.

28. Lopes J. Atendimento odontológico dos indivíduos com necessidades especiais na atenção primária. Governador Valadares – Minas Gerais. Trabalho de Conclusão de Curso [Especialização em atenção básica em saúde da família] – Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.

29. Souza AA, et al. Exodontias na atenção básica em municípios com e sem centro de especialidades odontológicas: análise de indicadores de saúde bucal. Arq Odontol, 2021. Belo Horizonte, 57: e05.

Endereço para Correspondência

Cassia Tainar da Silva Souza

Rua F, caminho 18, nº 11. conjunto Feira VI.

Bairro: Campo Limpo –

Feira de Santana/BA, Brasil

E-mail: ctainarsouza@gmail.com

Recebido em 10/10/2022

Aprovado em 26/12/2022

Publicado em 30/12/2022