

Exodontias na Atenção Básica em municípios com e sem Centro de Especialidades Odontológicas: análise de indicadores de saúde bucal

Aline Andrade Souza¹  | Bartolomeu Conceição Bastos Neto²  | Lília Paula de Souza Santos³ 
Natally Rocha Oliveira¹ 

¹Faculdade Maria Milza, Governador Mangabeira, Bahia, Brasil

²Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, São Paulo, Brasil

³Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil

Objetivo: Identificar diferenças no quantitativo de exodontias realizadas na Atenção Básica em municípios com e sem Centro de Especialidades Odontológicas do Recôncavo da Bahia.

Métodos: Estudo de série temporal, descritivo, utilizando dados disponíveis no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde e no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Foram coletadas informações sobre os procedimentos de saúde bucal realizados na Atenção Básica, de 2008 a 2017, e características sociodemográficas dos municípios. Foram calculados os indicadores de saúde bucal: cobertura de primeira consulta odontológica programática; média de ação coletiva de escovação dental supervisionada; cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal; proporção de exodontia em relação aos procedimentos.

Resultados: O município com Centro de Especialidades Odontológicas apresentou os menores resultados para o indicador de proporção de exodontia, variando o valor entre 3,2% e 6,8% durante o período analisado. Também foi o único a apresentar 100% de cobertura das Equipes de Saúde Bucal em todo o período analisado e a maior média de ação coletiva de escovação dental supervisionada (80,1%). Os municípios sem centro de especialidades apresentaram resultados percentuais altos para o indicador de exodontia, chegando a atingir 87,8% e 88,3%. Ainda apresentaram menor cobertura de Equipes de Saúde Bucal (24,4%) e de primeira consulta odontológica (2,7%), e menor média de ação coletiva de escovação dental supervisionada (0,01%).

Conclusão: Houve diferença no quantitativo de exodontia entre os municípios com e sem Centro de Especialidades Odontológicas. A menor ocorrência de exodontias na Atenção Básica pode ser atribuída a presença destes centros e cobertura de Equipes de Saúde Bucal.

Descritores: Extração dentária. Integralidade em saúde. Serviços de saúde bucal. Pesquisa sobre serviços de saúde.

Submetido: 07/06/2020

Aceito: 09/10/2020

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente – representou um marco na transformação da atenção em

saúde bucal no Brasil, visando a melhoria da organização do sistema como um todo e instaurando um modelo de atenção à saúde pautado na integralidade, equidade e universalidade, princípios doutrinários do

Autor para Correspondência: Natally Rocha Oliveira

Ladeira do Funil, 458, apartamento 805, Barbalho, Salvador, Bahia, Brasil. CEP.: 40.301.130. Telefone: +55 71 99643 9724

E-mail: natallyrocha.oli@gmail.com

Sistema Único de Saúde (SUS)¹. Antes da implantação desta política, a assistência odontológica era pouco abrangente e se baseava em procedimentos curativos^{2,3}.

A atenção secundária é uma importante ferramenta para que se alcance a integralidade em saúde bucal, uma vez que oferece atendimento especializado, para dar suporte a atenção primária a saúde⁴. Assim, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) representam um dos programas da PNSB reconhecidos como unidades de referência para atenção especializada, tendo como objetivo a realização de procedimentos de endodontia, periodontia, cirurgia oral menor e atendimento à portadores de necessidades especiais⁵.

Com a implantação do CEO houve um aumento expressivo no quantitativo de procedimentos odontológicos especializados do SUS⁶, possibilitando à população a preservação dos elementos dentários⁷.

O levantamento epidemiológico de saúde bucal realizado em 2003 mostra que no Brasil, 6,7% da população apresentavam edentulismo, 14,8% perda dentária severa e 42,4% perda de dentição funcional⁸. Enquanto no ano de 2010, 2,9% eram edêntulos, 7,2% tinham perda dentária severa e 24,3% perda de dentição funcional⁹. Esses resultados mostram a diminuição de perdas dentárias no Brasil, esta conquista pode ser atribuída à implantação da PNSB, no ano de 2004.

Avaliação em saúde é uma importante ferramenta para o aperfeiçoamento do SUS e reorientação de suas ações, visando identificar problemas e avaliar a incorporação de novas práticas, bem como, mensurar o impacto de programas sobre a condição de saúde da população¹⁰. A análise dos indicadores de saúde bucal é utilizada para avaliar qualidade dos serviços de saúde bucal prestados, determinando se estes são apropriados e suficientes para atender a demanda populacional existente e se as ações planejadas estão sendo executadas de maneira a suprir as reais necessidades do SUS¹¹.

Este estudo possibilitará reflexões sobre o quantitativo de exodontias na Atenção Básica, o que, por conseguinte, poderá fomentar novos estudos, fornecendo ao poder público informações para o planejamento, gestão e direcionamento de recursos no âmbito da saúde bucal. Assim sendo, o presente estudo tem como objetivo identificar diferenças entre o quantitativo de exodontias entre municípios do Recôncavo da Bahia com e sem Centros de Especialidades Odontológicas, entre os anos de 2008 e 2017.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo de série temporal, descritivo e com uma abordagem quantitativa utilizando dados secundários provenientes do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS)¹² e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹³, para o período compreendido entre os anos de 2008 e 2017.

O referente estudo utilizou-se dados de domínio público, em que não é possível a identificação dos participantes da pesquisa. Desta maneira, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510, de 7 de abril de 2016, dispensa de apreciação por parte do Comitê de Ética em Pesquisa institucional ou pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa.

Fizeram parte deste estudo cinco municípios localizados na região do Recôncavo da Bahia: Cabaceiras do Paraguaçu, Itatim, Jiquiriçá, São Felipe e São Félix. O município de São Félix foi selecionado por ser um dos primeiros municípios da região do Recôncavo da Bahia a implantar um Centro de Especialidades Odontológicas, no ano de 2006. Os demais municípios foram selecionados com base na semelhança entre as características socioeconômicas e demográficas com o município de São Félix e por não terem CEO implantado, nem possuir um CEO para referência em outro município.

Critérios de inclusão dos municípios:

- Pertencer a região do Recôncavo da Bahia;
- Não ter implantado Centro de Especialidades Odontológicas;
- Porte populacional entre 10 mil e 25 mil habitantes;
- PIB per capita entre 6 mil e 20 mil reais;
- Possuir pelo menos uma Equipe de Saúde da Família (ESF) e uma Equipe de Saúde Bucal (ESB).

As informações a respeito da caracterização sociodemográfica dos municípios foram coletadas no site do IBGE¹³. As informações sobre a produção ambulatorial das ESB da Atenção Básica referente aos anos de 2008 a 2017 dos municípios selecionados, bem como a quantidade de ESF e de ESB foram coletadas no SIA-SUS¹². Foi selecionado este período pela disponibilidade dos dados no banco de dados do sistema de informação¹⁴.

A coleta de dados foi realizada no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS)¹⁴ utilizando os seguintes filtros:

“informações de saúde (TABNET)”;

“assistência à saúde”;

“produção ambulatorial (SIA/SUS)”;

“por local de atendimento - a partir de 2008”;

a abrangência geográfica: “Bahia”. Na página do “TABNET”, foram empregados também os seguintes filtros: linha “procedimento”; coluna “ano de atendimento”; município “São Félix – 292900”; subgrupo procedimento “Ações coletivas/individuais em saúde – 0101”, “Consultas/Atendimentos/Acompanhamentos – 0301”, “Tratamentos odontológicos – 0307”, “Bucomaxilofacial – 0414”; complexidade “Atenção básica”. No filtro “períodos disponíveis” foi selecionado o período de Janeiro de 2008 a Dezembro de 2017. O passo a passo citado foi realizado para cada um dos municípios envolvidos no estudo.

Ainda no site do DATASUS¹⁴, foi selecionada rede assistencial “CNES – Equipes de saúde”, onde foi escolhida a opção “Estratégia de Saúde da Família e Atenção à Saúde do Sistema Penitenciário”, na sequência determinou-se a abrangência geográfica “Bahia”. Na página do TABNET foram empregados os seguintes filtros: linha “município”, coluna “ano/mês compet.”; município “Cabaceiras do Paraguaçu - 290485”, “Itatim – 291685”, “Jiquiriçá – 291820”, “São Felipe – 292910” e “São Félix – 292900”; tipo de equipe “01 ESF - equipe de saúde da família”,

“02 ESFSB M1 - ESF com saúde bucal - M I”, “03 ESFSB M2 - ESF com saúde bucal - M II”. No filtro período disponíveis foi selecionado “Jun/2008”, “Jun/2009”, “Jun/2010”, “Jun/2011”, “Jun/2012”, “Jun/2013”, “Jun/2014”, “Jun/2015”, “Jun/2016”, “Jun/2017”. O mesmo passo a passo foi realizado utilizando no filtro tipo de equipe apenas as opções “02 ESFSB M1 - ESF com saúde bucal - M I”, “03 ESFSB M2 - ESF com saúde bucal - M II”.

No site do IBGE¹³ foram seguidos os seguintes passos na coleta de informações: selecionar local, municípios, Bahia, selecionar São Félix. Na guia população “a população estimada no ano de 2018”; educação “alfabetização de 06 a 14 anos”; economia “PIB per capita”; e na guia saúde “mortalidade infantil”. Sendo este passo a passo utilizado para cada um dos demais municípios selecionados para o estudo.

Os dados referentes a produção ambulatorial foram tabulados por meio do software TabWin, versão 3.52. Após a tabulação, foram exportados para o programa Microsoft Office Excel® 2010, onde foram organizadas as frequências absolutas de todas as variáveis selecionadas, para posterior cálculo dos indicadores de saúde bucal a cada ano da série histórica.

Foram calculados os seguintes indicadores de saúde bucal¹²:

- **Cobertura de primeira consulta odontológica programática.**

Cálculo

$$\frac{\text{Número de atendimentos de primeira consulta odontológica programática}}{\text{População cadastrada}} \times 100$$

- **Proporção de exodontia em relação aos procedimentos.**

Cálculo

$$\frac{\text{Número total de extrações dentárias em determinado local e período}}{\text{Número total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos selecionados no mesmo local e período}} \times 100$$

Número total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos selecionados no mesmo local e período

- **Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada.**

Cálculo

$$\frac{\text{Número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local (12 meses)}}{\text{População do mesmo local e período}} \times 100$$

- **Cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal.**

Cálculo

$$\frac{\text{Equipes de Saúde Bucal implantadas (modalidades I e II) x 3.450 pessoas}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$$

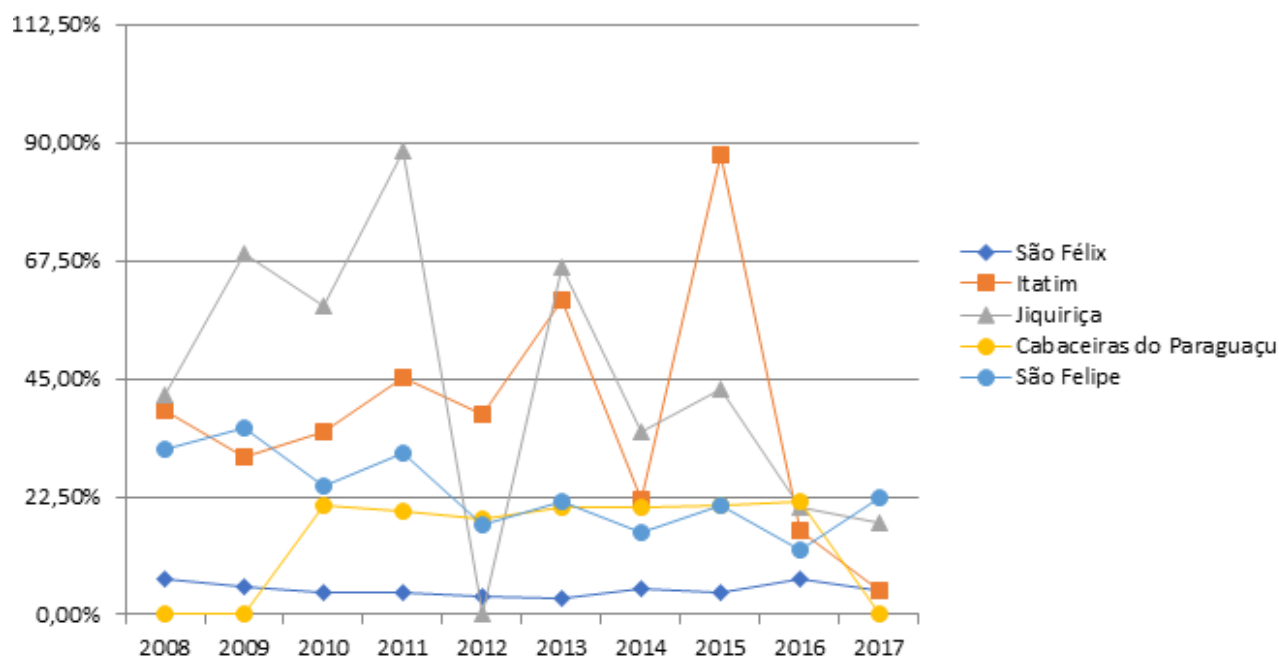
Após tabular os dados e calcular os indicadores foram comparados os resultados entre os cinco municípios.

RESULTADOS

Os resultados obtidos a partir do cálculo do indicador de proporção de exodontia em relação aos procedimentos individuais podem ser

visualizados na Tabela 1, demonstram que entre os municípios pesquisados, Itatim e Jiquiriçá, apresentam os maiores valores percentuais, 88,7% (2011) e 88,3% (2015), respectivamente. Enquanto o município de São Félix, único que possui CEO, evidencia o menor resultado 3,2% no ano de 2013, mantendo-se com os menores valores percentuais em todo período analisado (Figura 1).

Figura 1 - Proporção de exodontia em relação aos procedimentos individuais nos municípios de São Félix/BA, Itatim/BA, Jiquiriçá/BA, Cabaceiras do Paraguaçu/BA e São Felipe/BA, no período de 2008 a 2017



Fonte: SIA/SUS, 2019.

O resultado do cálculo do indicador de cobertura populacional estimada das ESB é apresentado na Tabela 1. Verifica-se que existe uma diferença significativa na cobertura dos municípios pesquisados. São Félix, que possui CEO, foi o município que em todos os anos da série histórica teve 100% da população com cobertura por uma

ESB. Jiquiriçá apresentou a menor cobertura entre os municípios estudados (24,3%), sendo que no ano de 2012 não foi encontrado registro desta informação no sistema para este município. Cabaceiras do Paraguaçu foi o único município que apresentou um crescimento contínuo da cobertura por ESB durante os anos (Tabela 1).

Tabela 1 - Cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal nos municípios de São Félix/BA, Itatim/BA, Jiquiriçá/BA, Cabaceiras do Paraguaçu/BA e São Felipe/BA, no período de 2008 a 2017

Presença de CEO	São Félix		Itatim		Jiquiriçá		Cabaceiras do Paraguaçu		São Felipe	
	Sim		Não		Não		Não		Não	
Período	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2008	6	129,4	6	135,5	1	25,0	3	56,5	5	82,5
2009	6	127,7	1	22,2	1	25,0	4	74,3	5	82,3
2010	6	146,8	6	142,3	2	48,9	4	79,6	5	84,9
2011	6	146,5	6	150,0	1	24,3	4	79,0	5	84,9
2012	6	146,1	3	74,7	-	-	4	78,4	5	84,8
2013	6	137,9	3	70,4	2	46,1	6	110,6	5	80,1
2014	6	137,5	5	117,4	2	46,0	6	109,8	5	80,0
2015	6	137,1	5	116,8	2	45,8	6	109,0	5	79,9
2016	6	135,5	4	92,6	2	45,7	6	107,8	6	94,3
2017	6	135,2	4	92,2	2	45,6	6	107,1	6	94,2

Legenda: Nº = Número de Equipes de Saúde Bucal. % = Valor percentual, correspondente ao cálculo do indicador.

Fonte: SIA/SUS, 2019.

Com relação ao indicador cobertura de primeira consulta odontológica programática o município de Jiquiriçá também apresenta a menor cobertura (0,7%). Nos municípios de Cabaceiras do Paraguaçu e Itatim, os resultados apontam uma cobertura acima de 100% em alguns anos da trajetória histórica estudada (Tabela 2).

Tabela 2 - Cobertura de primeira consulta odontológica programática nos municípios de São Félix/BA, Itatim/BA, Jiquiriçá/BA, Cabaceiras do Paraguaçu/BA e São Felipe/BA, no período de 2008 a 2017

Presença de CEO	São Félix		Itatim		Jiquiriçá		Cabaceiras do Paraguaçu		São Felipe	
	Sim		Não		Não		Não		Não	
Período	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2008	5.171	32,3	32.092	210,2	382	2,7	-	-	4.710	22,5
2009	4.006	24,7	4.081	26,3	1.274	9,2	2.562	13,7	1.958	9,3
2010	3.439	21,2	7.580	52,1	1.551	11,0	2.995	17,2	3.057	15,0
2011	4.162	29,5	4.154	30,1	557	3,9	3.037	17,3	3.370	16,5
2012	3.712	26,2	1.569	11,3	-	-	2.187	12,4	3.081	15,1
2013	3.222	21,4	1.439	9,7	723	4,8	2.705	14,4	1.976	9,1
2014	2.200	14,6	1.505	10,2	1.132	7,5	4.412	23,4	2.554	11,8
2015	1.928	12,7	1.153	7,8	554	3,6	3.510	18,4	1.818	8,4
2016	11.540	6,5	103.049	691,8	443	2,9	2.843	14,8	1.876	8,5
2017	2.227	14,5	826	5,5	115	0,7	705.638	3.653,8%	864	3,9

Legenda: Nº = Número de 1ª consulta odontológica. % = Valor percentual, correspondente ao cálculo do indicador.

Fonte: SIA/SUS, 2019.

No indicador de escovação dental supervisionada, o município de São Félix, mais uma vez, apresentou os maiores valores proporcionais (80,1%), enquanto o município de

Jiquiriçá apresentou o menor valor percentual (0,01%), indicando que esta prática é pouco realizada neste município (Tabela 3).

Tabela 3 - Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada nos municípios de São Félix/BA, Itatim/BA, Jiquiriçá/BA, Cabaceiras do Paraguaçu/BA e São Felipe/BA, no período de 2008 a 2017

Presença de CEO	São Félix		Itatim		Jiquiriçá		Cabaceiras do Paraguaçu		São Felipe	
	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	
Período	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2008	10.816	67,6	146	0,9	-	-	-	-	3.616	17,2
2009	11.331	69,9	9	0,05	-	-	428	2,3	4.542	21,6
2010	7.241	51,3	22	0,1	173	1,2	252	1,4	8.272	40,7
2011	11.326	80,1	282	2,0	129	0,9	470	2,6	1.830	9,0
2012	4.427	31,2	307	2,2	-	-	11	0,06	1.179	5,7
2013	1.152	7,6	86	0,5	280	1,8	61	0,3	1.004	4,6
2014	2.326	15,4	228	1,5	497	3,3	231	1,2	2.713	12,5
2015	2.868	19,0	21	0,1	796	5,2	646	3,4	1.722	7,9
2016	817	5,3	19	0,1	2	0,01	1.412	7,3	605	2,7
2017	679	4,4	-	-	15	0,09	265	1,3	-	-

Legenda: Nº = Número de escovação supervisionada. % = Valor percentual, correspondente ao cálculo do indicador.

Fonte: SIA/SUS, 2019.

DISCUSSÃO

A avaliação do indicador de exodontias acompanha o percentual deste procedimento em relação aos procedimentos preventivos e curativos com o objetivo de reduzir o indicador e assim, oferecer tratamentos resolutivos à população¹⁶. Entre os municípios analisados nesta pesquisa, o único que cumpriu a meta proposta para este indicador, que é de 8% de exodontia, segundo o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde¹⁷, foi São Félix, município que oferta atendimento odontológico especializado a população, ou seja, que possui CEO.

Outros estudos também demonstram que, em municípios que possuem ao menos um CEO, ocorreram menores proporções de exodontias em relação aos procedimentos odontológicos preventivos e curativos quando comparados a municípios sem CEO^{18,19}. A atenção secundária, através dos Centros de Especialidades Odontológicas, desempenha um importante papel na complementação dos serviços oferecidos na Atenção Básica, possibilitando avanço na resolubilidade da

atenção à saúde bucal e na tentativa de reverter o caráter curativo predominante na saúde bucal, garantindo a integralidade do sistema²⁰. Assim sendo, os resultados encontrados para o indicador de proporção de exodontias nos municípios de Itatim, Jiquiriçá, Cabaceiras do Paraguaçu e São Felipe (Figura 1), podem estar relacionados a não oferta de atendimento odontológico especializado nestes municípios.

Ao comparar os resultados do indicador de exodontia (Figura 1) com a cobertura de Equipes de Saúde Bucal (Tabela 1), o município de São Félix apresentou a menor proporção de exodontias e a maior cobertura de ESB, assim como observado em outros estudos^{18,19}. Entretanto, o município de Itatim, apesar de evidenciar uma alta cobertura de ESB, apresentou uma elevada proporção de exodontias (Tabela 1, Figura 1). Resultados como este foram encontrados em outros estudos^{21,22}, indicando que isto pode ocorrer devido à necessidade acumulada na população ao longo dos anos em municípios onde não existia oferta de serviços saúde bucal, ou a mesma era desestruturada²². Assim, a

relação entre esses indicadores, talvez seja determinada pelo modelo de atenção à saúde vigente no município.

A odontologia no SUS foi por muito tempo caracterizada por um modelo de atenção centrado na execução de procedimentos curativos, de extintas ações preventivas, e excludentes²³. Atualmente, as ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde Bucal devem dar ênfase, principalmente, às ações preventivas por meio da Atenção Primária à Saúde²³. Entretanto, a expansão pelo país da assistência à saúde bucal na Atenção Básica, não resultou necessariamente em uma mudança real do modelo de atenção em saúde bucal²⁴. Uma vez que, esse crescimento se deu de forma desorganizada, na qual o maior interesse dos gestores era pelo incentivo financeiro²⁴. O que justifica o tratamento oferecido à população atualmente ainda ser de caráter curativista.

Considerando as ações preventivas, os resultados em relação ao indicador de escovação dental supervisionada demonstram que São Félix obteve o maior valor percentual deste indicador (80,1%) e foi o que apresentou menor proporção de exodontias (Tabela 3, Figura 1). Entretanto, ao longo do período os valores percentuais do indicador para este município foram diminuindo, chegando a atingir 4,4% e atingindo valores menores nos demais municípios (Tabela 3). Um estudo de 19 anos dos procedimentos odontológicos realizados no Sistema Único de Saúde brasileiro, também apresentou uma redução acentuada destes procedimentos⁶, tal qual observado no presente estudo. Este indicador estima a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde bucal, o qual visa a prevenção de doenças bucais, sendo uma cobertura média nacional de 33% considerada suficiente pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica¹⁵. No período analisado, a partir do ano de 2012, nenhum dos municípios avaliados conseguiu atingir este parâmetro (Tabela 3).

A prática de escovação dental supervisionada contribui para a prevenção de doenças bucais e a promoção da saúde bucal. As ações coletivas de caráter preventivo, que buscam conscientizar sobre a higiene bucal, a importância do acompanhamento com o profissional, e conseqüentemente, a manutenção de dentes em boca, poderiam diminuir as indicações de exodontias²⁵. Em geral, a população desassistida em relação à saúde bucal, somente procura atendimento na presença de dor, necessitando, portanto,

de tratamentos invasivos, como a exodontia, principalmente em municípios que não oferecem tratamento especializado²⁴.

Na comparação entre o indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática e proporção de exodontia, observa-se que o município de Jiquiriçá apresentou a menor cobertura de primeira consulta e a maior proporção de exodontia (Tabela 2, Figura 1). O inverso ocorreu em São Félix, que obteve a maior cobertura de primeira consulta e a menor proporção de exodontias. Sobre estes indicadores, Fernandes e Peres (2005) encontraram que quanto maior o número de consultas odontológicas, menores eram os índices de exodontias²⁶. Enquanto Marques e colaboradores (2014) demonstraram que municípios que realizaram maior número de consultas odontológicas são também os que realizaram o maior número de exodontias²¹. Portanto, a relação destes indicadores deve ser melhor avaliada.

Estes resultados também podem ser reflexos da cobertura de Equipes de Saúde Bucal dos municípios. Uma vez que o município de São Félix apresentou a maior cobertura de ESB, enquanto em Jiquiriçá foi observado uma baixa cobertura de ESB (Tabela 1).

Entre os municípios pesquisados, São Félix e Itatim apresentaram cobertura de equipes de saúde superior a 100% (Tabela 1). O mesmo fato foi verificado por Fernandes e Peres (2005), onde duas hipóteses poderiam explicar tal achado. A primeira hipótese seria a de que os municípios poderiam atender além da sua população, a população de outros municípios, já que os registros se referem ao local de realização. Enquanto a segunda seria a de que existem problemas no registro e, conseqüentemente, no fornecimento dos dados ao sistema de informação de saúde do Brasil²⁶.

O presente trabalho mostra que apesar dos avanços proporcionados pela Política Nacional de Saúde Bucal, o modelo de atenção curativo, invasivo, ainda é muito praticado no SUS. O sistema de referenciamento para a atenção secundária parece não existir nos municípios que não possuem Centros de Especialidades Odontológicas, sendo estes responsáveis pelos maiores percentuais de exodontias^{18,19}. Dessa maneira, a integralidade da atenção não é alcançada, já que a população não possui acesso a tratamentos especializados, como preconizam os princípios do SUS^{24,27}.

O presente estudo, por utilizar dados secundários provenientes do SIA-

SUS, apresenta como limitação principal a impossibilidade de avaliar a fidedignidade e a padronização na coleta desses dados, podendo impactar, em algum grau, na qualidade deles. Entretanto, na presença ou não de vieses, os resultados encontrados a partir de um sistema de informação oficial constituem uma ferramenta de planejamento e aperfeiçoamento dos serviços de saúde bucal no SUS, reforçando a necessidade de ações de vigilância em saúde bucal e a importância da informação para a melhoria da qualidade do serviço.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo demonstram haver diferença no quantitativo de exodontia entre os municípios estudados. O município que possui Centro de Especialidades Odontológicas evidenciou menor valor percentual do indicador de proporção de exodontia em relação aos procedimentos clínicos individuais preventivos curativos, mesmo dentre aqueles municípios que apresentaram uma cobertura de Equipes de Saúde Bucal equivalente.


Ao relacionar os Indicadores de Saúde Bucal com o quantitativo de exodontias, estes apontam que, nos municípios em que houve o aumento da cobertura de primeira consulta odontológica programática, bem como a média de ação coletiva de escovação dental supervisionada, houve diminuição de exodontias. Assim, entende-se que o acesso à assistência odontológica e a realização de procedimentos preventivos podem ter influenciado a diminuição de procedimentos curativos.


CONFLITO DE INTERESSE


Os autores declaram ausência de conflito de interesse.

ORCID

Aline Andrade Souza  <https://orcid.org/0000-0002-8853-2049>

Bartolomeu Conceição Bastos Neto  <https://orcid.org/0000-0003-1744-1569>

Líliã Paula de Souza Santos  <https://orcid.org/0000-0002-2647-0014>

Natally Rocha Oliveira  <https://orcid.org/0000-0001-7309-4640>

REFERÊNCIAS

1. Barbosa S, Martorell L, Paula L, Garrafa V. A construção do direito à saúde bucal no Brasil em perspectiva bioética. *Rev Bras Bioetica*. 2018;14(e12):1-15
2. Laroque MB, Fassa AG, Castilhos ED. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal do Centro de Especialidades Odontológicas de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2012-2013. *Epidemiol Serv Saude*. 2015;24(3):421-30.
3. Rios LF, Colussi CF. Avaliação normativa dos Centros de Especialidades Odontológicas, Brasil, 2014. *Saude Debate*. 2019;43:122-36.
4. Borghi GN, Vazquez FL, Cortellazzi KL, Guerra LM, Bulgareli JV, Pereira AC. A avaliação do sistema de referência e contrarreferência na atenção secundária em odontologia. *RFO*. 2013;18(2):154-9.
5. Bastos Neto BC, Santos JLA, Pimenta RMC, Santos LPS. Desempenho dos serviços de especialidades odontológicas da macrorregião de saúde leste da Bahia. *Rev Saude.com*. 2019;15(1):1377-84.
6. Chisini LA, Martin ASS, Pires ALC, Noronha TG, Demarco FF, Conde MCM, et al. Estudo de 19 anos dos procedimentos odontológicos realizados no Sistema Único de Saúde brasileiro. *Cad. Saude Colet*. 2019;27(3):345-53.
7. Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, Silveira FMM, Costa JFR, Pucca Júnior GA, et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2012;28:S81-9.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: 2004.
9. Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: 2012.
10. Pereira CG, Groisman S. Histórico do monitoramento e avaliação da Estratégia de Saúde da Família no Brasil. *Rev Bras Odontol*. 2014;71(2):208-10.
11. Silva ROC, Graziani GF, Ditterich RF. Avanços e retrocessos no estabelecimento de indicadores de saúde bucal 2007 a 2019 no Brasil. *Tempus Actas Saude Colet*. 2020;14(1):65-75.

12. Ministério da Saúde. Sistema de Informação Ambulatorial do SUS. Produção ambulatorial [base de dados na Internet]. Brasília: SIA/SUS; 2019. [acesso em 2019 mar 31]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/producao-ambulatorial-sia-sus/>.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados [base de dados na Internet]. Rio de Janeiro: IBGE. [acesso em 2019 abr 1]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html?view=municipio>.
14. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações de saúde (TABNET) [base de dados na Internet]. Brasília: DATASUS; 2019. [acesso em 2019 mar 31]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Qualificação dos Indicadores do Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
16. Ministério da Saúde. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
17. Ministério da Saúde. IDSUS - Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde [base de dados na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. [citado em 2019 maio 4]. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/>.
18. Silva DRB, Lucena CDRX, Cruz DF, Figueiredo N, Goes PSA, Lucena EHG. Análise do indicador de extração dentária a partir do contexto municipal. REFACS. 2018;6(2):220-7.
19. Stein C, Santos KW, Condessa AM, Celeste RK, Hilgert JB, Hugo FN. Presença de Centros de Especialidades Odontológicas e sua relação com a realização de exodontias na rede de atenção de saúde bucal no Brasil. Cad Saude Publica 2020;36(1):e00054819.
20. Laroque MB, Fassa ACG, Castilhos ED. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal do Centro de Especialidades Odontológicas de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2012-2013. Epidemiol Serv Saude. 2015;24(3):421-30.
21. Marques AB, Oneda G, Buffon MCM, Ditterich RG. Sistemas de Informação como ferramenta de monitoramento das ações de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família da região metropolitana de Curitiba-PR. Rev Bras Pesqui Saude. 2014;1(16):82-9.
22. Fischer TK, Peres KG, Kupek E, Peres MA. Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2010;13:126-38.
23. Martins RS. Modelos assistenciais em saúde bucal. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011. 24 p.
24. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. Cad Saude Publica. 2007;23(11):2727-39.
25. Ferla AA, Rocha CMF, Dias MTG, Santos LM. Redes vivas de educação e saúde: relatos e vivências da integração universidade e sistema de saúde. In: Sartori C, Valim AM, Ritter F, Graff VA, Warmling CM. Avaliação de indicadores de saúde bucal: estudo de caso de uma unidade de saúde da família. Porto Alegre: Rede Unida; 2015. p. 184-94.
26. Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. Rev Saude Publica. 2005;39(6):930-6.
27. Chaves SCL, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo ACL, Moura BLA, Cangussu MCT. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. Rev Saude Publica. 2010;44:1005-13.

Tooth extraction in Primary Care in municipalities with and without a Dental Specialties Center: analysis of oral health indicators

Aim: To identify differences in the quantity of extractions performed in Primary Care in municipalities with and without Dental Specialties Centers in the region of Recôncavo da Bahia.

Methods: This is a time series, descriptive study, using data available in the Outpatient Information System of the Unified Health System and in the Brazilian Institute of Geography and Statistics. Information was collected on oral health procedures performed in Primary Care, from 2008 to 2017, and sociodemographic characteristics of the municipalities. The following oral health indicators were calculated: coverage of the first programmatic dental appointment, average collective action of supervised tooth brushing, estimated population coverage of the Oral Health Teams, and proportion of tooth extraction in relation to procedures.

Results: The municipality with a Dental Specialties Center had the lowest results for the proportional ratio of tooth extraction, varying between 3.2% and 6.8% during the analyzed period. It was also the only one to present 100% coverage of the Oral Health Teams throughout the analyzed period and the highest average of collective action of supervised tooth brushing (80.1%). Municipalities with no specialty center showed high percentage results for the dental extraction indicator, reaching 87.8% and 88.3%. They also had lower coverage by Oral Health Teams (24.4%) and first dental appointments (2.7%), and a lower average of collective action of supervised tooth brushing (0.01%).

Conclusions: A difference was observed in the quantity of tooth extractions between municipalities with and without a Dental Specialties Center. The lower occurrence of extractions in Primary Care can be attributed to the presence of these centers and coverage by Oral Health Teams.

Uniterms: Tooth extraction. Integrality in health. Dental health services. Health services research.