

## Disparidades na oferta de procedimentos preventivos individuais e coletivos em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde no Brasil

Milena Ribeiro Gomes<sup>1</sup>  | Elisa Lopes Pinheiro<sup>1</sup>  | João Henrique Lara Amaral<sup>1</sup>  | Maria Inês Barreiros Senna<sup>2</sup>  | Fabiano Costa Diniz<sup>1</sup>  | Priscila Morais Gomes<sup>1</sup>  | Loliza Luiz Figueiredo Houri Chalub<sup>1</sup>  | Raquel Conceição Ferreira<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

<sup>2</sup>Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia, Departamento de Clínica, Patologia e Cirurgia Odontológicas, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

**Objetivo:** Estimar indicadores de oferta de procedimentos individuais e práticas coletivas preventivas em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde, e avaliar a magnitude de disparidades geográficas desses indicadores no Brasil.

**Métodos:** Estudo ecológico com dados secundários do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica de 2022. A proporção de procedimentos odontológicos preventivos individuais, a proporção de práticas coletivas em saúde bucal e a razão entre procedimentos individuais e práticas coletivas em saúde bucal (ind/col) foram calculadas para o Brasil, por Unidades da Federação (UF) e regiões. O Índice de Disparidade (ID) mensurou as diferenças geográficas desses indicadores.

**Resultados:** Os procedimentos preventivos individuais e práticas coletivas corresponderam a 47,7% e 34,4% dos procedimentos da APS, respectivamente. Maiores ID foram observados para práticas coletivas. A razão ind/col foi >30, com menores ID entre as UF do Sul.

**Conclusão:** Há disparidades na oferta de ações preventivas e predominância de procedimentos individuais.

**Descritores:** pesquisa sobre serviços de saúde; análise de dados secundários; indicadores de desigualdade em saúde; prevenção primária; saúde bucal; Atenção Primária à Saúde.

Data envio: 2024-08-06

Data aceite: 2025-06-23

## INTRODUÇÃO

As ações de promoção e proteção visam a redução de fatores de risco, que ameaçam à saúde das pessoas<sup>1</sup>. A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) no Brasil busca “garantir a integralidade nas ações de saúde bucal, integrando o individual ao coletivo, a promoção e prevenção ao tratamento e recuperação da saúde, sem negligenciar a atenção necessária a qualquer cidadão em situação de urgência”<sup>2</sup>.

No nível da Atenção Primária à Saúde (APS), são ofertados procedimentos

preventivos individuais e coletivos<sup>3</sup>. A avaliação e monitoramento desses serviços devem incluir o acompanhamento da oferta dessas ações preventivas<sup>2</sup>, por meio de indicadores de saúde bucal, para orientar o planejamento e melhorar a qualidade dos serviços ofertados<sup>4,5</sup>. A *Cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada* foi o único indicador de oferta de ações preventivas coletivas ao longo das várias iniciativas de avaliação e monitoramento dos serviços de saúde bucal propostas pelo Ministério da Saúde<sup>6</sup>. A partir da vigência da nova metodologia de cofinanciamento federal

### Autor para Correspondência:

Elisa Lopes Pinheiro

Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Presidente Antônio Carlos 6627, Pampulha, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Telefone: (31) 3409-2405.  
E-mail: elisalp92@gmail.com

do Piso de APS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), descrita na Portaria GM/MS 3493, dois indicadores que contemplam ações preventivas individuais - proporção de procedimentos preventivos na APS e escovação supervisionada na APS - foram incluídos para orientar a avaliação das equipes de Saúde Bucal (eSB)<sup>7,8</sup>. Indicadores de oferta de ações preventivas individuais e coletivas semelhantes compõem uma matriz avaliativa validada para o monitoramento dos serviços de saúde bucal<sup>9,10</sup>. O uso desses indicadores pode ampliar o escopo da avaliação das ações preventivas como ferramenta de gestão e monitoramento dos serviços de saúde bucal<sup>9</sup>.

A fragmentação de sistemas de monitoramento e a falta de indicadores para avaliar e orientar as políticas são desafios globais reconhecidos<sup>11</sup>. Neste contexto, aprimorar a gestão da informação – por meio da padronização de registros, da melhoria da qualidade dos dados e do uso sistemático de indicadores – é fundamental para fortalecer a capacidade avaliativa dos serviços. No Brasil, dados e informações referentes à população e aos cuidados em saúde rotineiros na APS são armazenados, processados e disponibilizados pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) como parte da estratégia e-SUS APS. Esse sistema disponibiliza dados relativos aos atendimentos na APS por meio de relatórios de produção, atividades coletivas, indicadores de desempenho e do painel de cadastros de usuários por estado e município<sup>12</sup>. Os dados disponibilizados por esse sistema devem gerar indicadores que sejam úteis para monitorar os serviços e orientar a tomada de decisão informada pelos gestores.

Em relação às ações preventivas, a complementaridade na avaliação das ações individuais e coletivas propicia uma visão abrangente da efetividade dos serviços de saúde bucal na APS, sinalizando desafios a serem superados para ampliar a oferta dessas ações. Além disso, pode auxiliar na avaliação do modelo de atenção prestado em cada local e do processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal (eSB)<sup>13,14</sup>.

Embora se reconheça a importância dos procedimentos preventivos individuais no plano de cuidado ao usuário, sua realização depende do acesso frequente aos serviços odontológicos — condição muitas vezes restrita a pessoas em melhores situações socioeconômicas, como destacado por Watt et al<sup>1</sup>. Por outro lado, as ações coletivas em saúde

bucal, como programas de educação em saúde e escovação supervisionada, ampliam o alcance das estratégias de prevenção e promovem maior equidade ao beneficiar coletivamente diferentes grupos sociais, independentemente de sua condição individual de acesso. No contexto da APS, recentes normativas técnicas estabeleceram parâmetros para monitoramento e financiamento das eSB, como o indicador de procedimentos preventivos individuais, com meta de 80% em relação ao total de procedimentos odontológicos individuais ofertados na APS<sup>15</sup>, e o indicador de escovação dental supervisionada, com referência de 2,7% das pessoas vinculadas a eSB com acesso a esse tipo de procedimento<sup>16</sup>. No entanto, essas normativas não contemplam outras práticas coletivas. Não foram também identificadas diretrizes nacionais que definam uma “boa prática” baseada em proporções esperadas entre esses dois tipos de atuação.

A oferta desigual de ações preventivas individuais e coletivas, especialmente em regiões mais vulneráveis, pode evidenciar a necessidade de políticas públicas que integrem e fortaleçam ambas as abordagens, garantindo uma promoção de saúde bucal mais justa, equitativa e alinhada aos princípios do SUS. A análise dos indicadores também permite identificar desigualdades e iniquidades na oferta e acesso dos serviços de saúde bucal ao comparar diferentes contextos.

Nessa perspectiva, objetivou-se estimar a proporção de procedimentos odontológicos preventivos individuais, a proporção de práticas coletivas em saúde bucal, a razão entre o número de procedimentos odontológicos preventivos individuais e práticas coletivas em saúde bucal para o Brasil e, separadamente, por macrorregião e Unidade da Federação (UF), e avaliar a magnitude das disparidades geográficas destes indicadores no ano de 2022. Esperou-se encontrar disparidades regionais nos indicadores de oferta de ações preventivas individuais e coletivas e predomínio de produção de procedimentos odontológicos preventivos individuais na prática odontológica.

## MATERIAL E MÉTODOS

### *Delineamento do estudo*

Trata-se de um estudo ecológico com uso de dados secundários públicos referentes aos procedimentos odontológicos individuais e práticas em saúde do tipo avaliação/procedimento coletivo em saúde bucal realizados na APS no Brasil.

### **Indicadores de saúde bucal, método de cálculo e fonte de dados**

Foram calculados dois indicadores da subdimensão Promoção e Prevenção da Matriz avaliativa para monitoramento dos serviços de saúde bucal na APS<sup>9, 10</sup>: Proporção de procedimentos preventivos individuais em saúde bucal e práticas coletivas em saúde bucal para o ano de 2022, por UF e regiões brasileiras. Esses indicadores tiveram validação de conteúdo realizada e mensurabilidade testada utilizando dados extraídos do SISAB<sup>10</sup>. Os dados para o cálculo dos indicadores são gerados a partir do registro, rotineiro, dos procedimentos realizados nas consultas odontológicas de cada usuário pela eSB (Cirurgião Dentista, Técnico em Saúde Bucal e Auxiliar em Saúde Bucal) e das atividades coletivas realizadas na APS. Estes dados alimentam o sistema de informação da estratégia e-SUS APS, por meio da Coleta de Dados Simplificada (CDS) ou do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), e são disponibilizados publicamente no SISAB<sup>12</sup>. Foi ainda calculada, a razão entre o número total de procedimentos odontológicos preventivos individuais e as práticas coletivas em saúde bucal para o ano de 2022.

O indicador *proporção de procedimentos preventivos individuais em saúde bucal* foi calculado pela razão entre o número de procedimentos preventivos odontológicos individuais, em determinado local e período, e o número de todos os procedimentos odontológicos, realizados no mesmo local e período \* 100. Os dados foram extraídos dos relatórios de saúde/produção do SISAB<sup>12</sup>. O indicador *práticas coletivas em saúde bucal* foi calculado pela razão do número de atividades de avaliação/procedimento coletivo com práticas em saúde bucal (Aplicação Tópica de Flúor (ATF) + Escovação dental Supervisionada + Evidenciação de Placa + Ação Coletiva de Exame Bucal com finalidade epidemiológica + Orientação em saúde bucal), em determinado local e período, pelo número de atividades de saúde para a população do tipo avaliação/procedimento coletivo com quaisquer práticas em saúde em determinado local e período \*100. Os dados foram extraídos do relatório saúde/atividade coletiva obtido por acesso ao SISAB<sup>12</sup>. Estes dados disponibilizados neste relatório são gerados pelos registros das ações coletivas realizadas na ficha de atividades coletivas nos sistemas que compõem a Estratégia e-SUSAPS, a CDS, ou PEC, aplicativo e-SUSAPS em dispositivos Android® ou por meio de Sistema Próprio utilizando a tecnologia de transporte

apache THRIFT<sup>17</sup>. Os relatórios apresentaram os totais de procedimentos preventivos individuais ou práticas coletivas em saúde bucal (numerador) e procedimentos/práticas coletivas de qualquer natureza (denominador). Uma extração complementar de dados foi feita, selecionando-se o “tipo de procedimento saúde bucal/tipo de atividade” para caracterizar a distribuição das ações que compuseram os numeradores desses dois indicadores. Além disso, foi obtido o número de participantes que se beneficiaram de cada uma das práticas coletivas (escovação dental supervisionada, ATF, ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica e evidenciação de placa). Os filtros selecionados no SISAB utilizados para obtenção dos relatórios com dados do numerador e denominador estão descritos no Dicionário de Indicadores para avaliação dos serviços de saúde bucal da Atenção Primária à Saúde<sup>9</sup>.

A razão entre procedimentos odontológicos preventivos individuais e as práticas coletivas em saúde bucal foi calculada pela divisão entre os numeradores dos dois indicadores descritos acima, correspondentes ao número absoluto de todos os procedimentos odontológicos preventivos individuais e das práticas coletivas em saúde bucal no referido ano, por UF e região. Valores acima de 1 (um) indicaram maior número de procedimentos preventivos individuais em relação às práticas coletivas.

### **Processamento e análise dos dados**

Os relatórios extraídos, separadamente, para o numerador e o denominador de cada indicador, para os 26 estados e o Distrito Federal foram salvos em arquivos no formato \*xls e convertidos em arquivos do Stata versão 18, após limpeza de notas e cabeçalhos. Os dados do numerador e denominador foram vinculados por meio da variável comum: nome da UF, possibilitando o cálculo dos indicadores. Para cada região, os indicadores foram calculados ao dividir a soma dos números absolutos do numerador e do denominador das UF que compõem a respectiva região. Os resultados dos indicadores foram apresentados por meio de gráficos e tabelas. Foi ainda obtida a média de participantes beneficiados pelas práticas coletivas em saúde bucal no Brasil, dividindo-se o total de participantes pelo número de práticas registradas.

As magnitudes das disparidades dos indicadores entre as regiões e as UF foram estimadas pelo Índice de Disparidade (ID). Os valores deste índice refletem, em percentuais,

a média do desvio absoluto obtido entre o valor observado em determinada UF ou região e o valor de referência, ou seja, aquele observado na região ou UF com melhor resultado. Para os indicadores *proporção de procedimentos odontológicos preventivos individuais e práticas coletivas em saúde bucal* a referência foi a região com maior valor. Para o indicador *razão entre procedimentos preventivos individuais e coletivos*, a referência foi a região com o menor valor. O seu cálculo baseou-se na fórmula elaborada por Pearcy e Keppel<sup>18</sup> ( $ID = \sum |ri - R|/n$  \*  $100/R$ , onde  $ri$  = valor do indicador,  $R$  = valor de referência e  $n$  = número de regiões).

## RESULTADOS

A proporção de procedimentos preventivos individuais e de práticas coletivas em saúde bucal no Brasil foi de 47,7% e

34,4%, respectivamente. O consolidado de dados de 2022 para o Brasil demonstrou que o procedimento com maior frequência na composição do numerador do indicador *proporção de procedimentos odontológico individuais* foi a orientação em higiene bucal, seguido de remoção de placa bacteriana. Com relação às práticas coletivas em saúde bucal, a escovação dental supervisionada foi a mais frequente, seguida de ATF, ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica e evidenciação de placa. Dentre as práticas coletivas em saúde bucal registradas, não foram identificados registros para orientação em higiene bucal (Tabela 1). A média de participantes beneficiados em cada prática coletiva em saúde bucal variou, aproximadamente, de 21 a 33: escovação dental supervisionada: 32, ATF: 32, ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica: 21 e evidenciação de placa: 33.

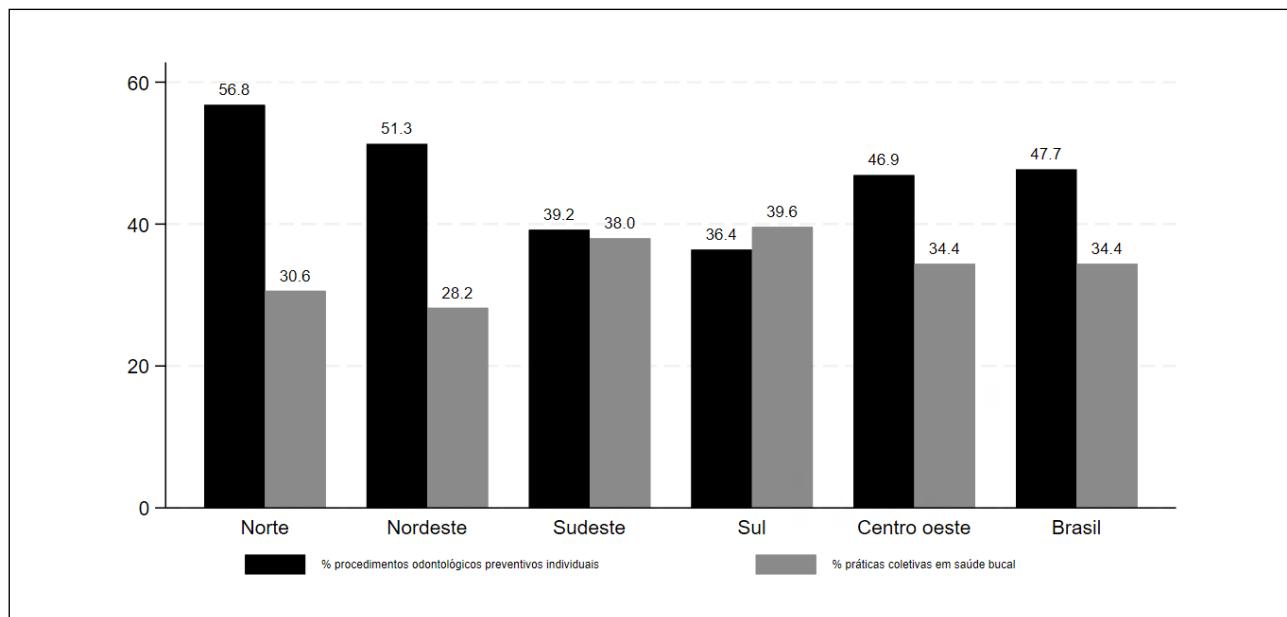
**Tabela 1.** Distribuição dos procedimentos preventivos individuais e práticas coletivas em saúde bucal que compuseram o numerador dos indicadores Proporção de procedimentos odontológicos individuais e práticas coletivas em saúde bucal. Brasil. 2022.

Práticas Coletivas	Número total de práticas/ procedimentos	Percentual em relação ao total, no ano de 2022
Escovação Dental Supervisionada	153458	49,72
Aplicação Tópica de Flúor	97740	31,66
Orientação de Higiene bucal	0	0
Ação Coletiva de Exame Bucal com Finalidade Epidemiológica	55593	18,01
Evidenciação de Placa	1880	0,61
<b>Total de práticas coletivas</b>	<b>308671</b>	
<b>Procedimentos preventivos individuais</b>		
Orientação de Higiene bucal	8075207	45,88
Remoção de Placa bacteriana.	4590530	26,08
Aplicação Tópica de Flúor (ATF) (individual por sessão)	3655152	20,77
Evidenciação de placa bacteriana	908661	5,16
Aplicação de selante (por dente),	230736	1,31
Aplicação de cariostático (por dente)	139529	0,79
<b>Total de procedimentos preventivos individuais</b>	<b>17599815</b>	

A proporção de procedimentos odontológicos preventivos individuais variou de 36,4% a 56,8% entre as regiões, com menor valor na região Sul. As maiores proporções

foram observadas na região Nordeste, seguida da Norte. As proporções de práticas coletivas em saúde bucal variaram de 28,2% (Norte) a 39,6% (Sul) (Figura 1).

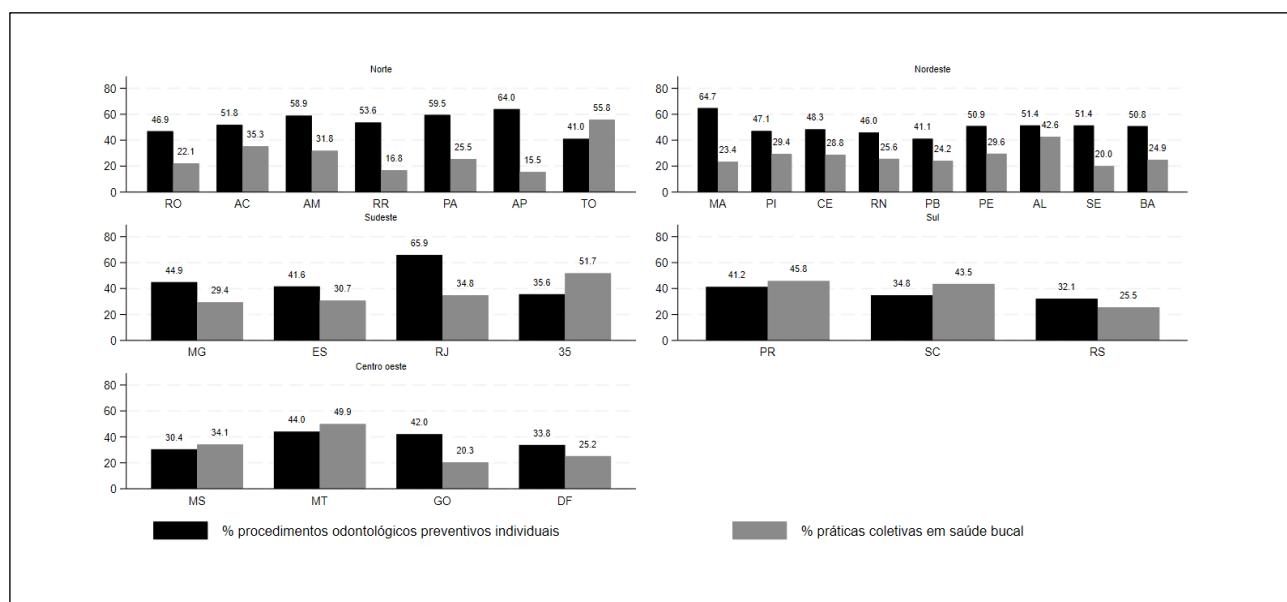
**Figura 1.** Proporção de procedimentos preventivos individuais e práticas coletivas em saúde bucal no Brasil e por regiões em 2022.



Na análise estratificada por região, o indicador *proporção de procedimentos odontológicos preventivos individuais* apresentou menor variação entre as UF de cada região comparado ao indicador *proporção de práticas*

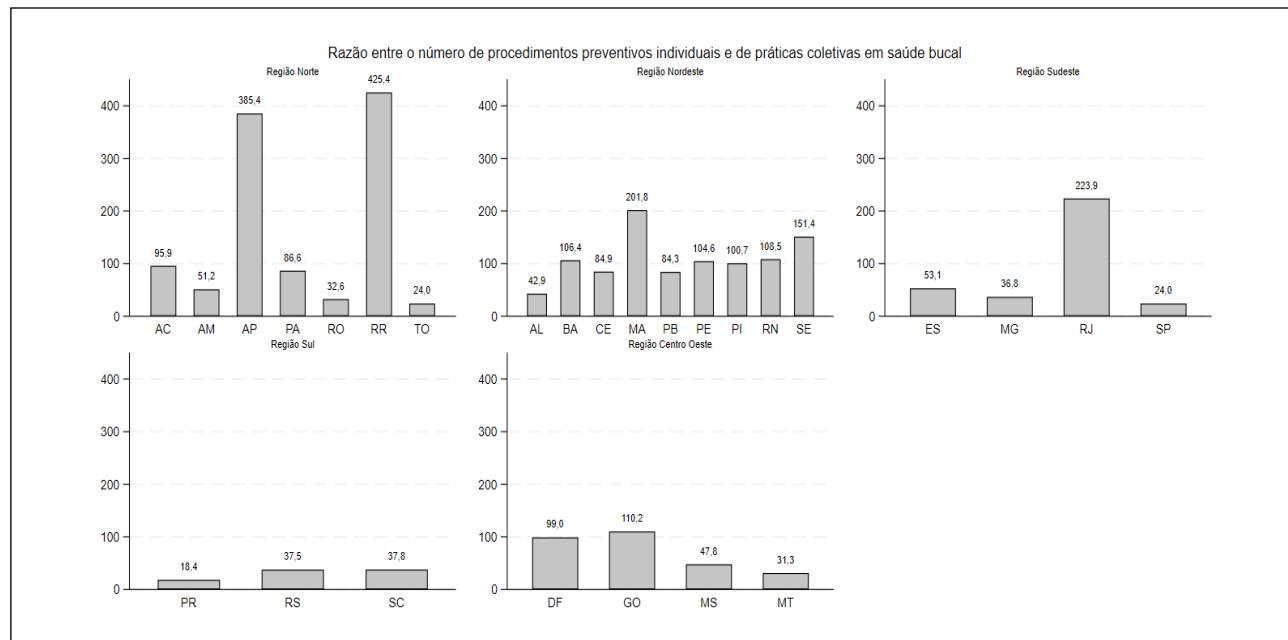
*coletivas em saúde bucal* (Figura 2). Para a maioria das UF, a proporção de procedimentos odontológicos individuais foi maior do que a proporção de práticas coletivas em saúde bucal.

**Figura 2.** Proporção de procedimentos odontológicos preventivos individuais e práticas coletivas em saúde bucal segundo UF para cada região brasileira em 2022.



A razão entre procedimentos preventivos individuais e coletivos foi de 53,35 no Brasil, variando entre as regiões: Centro-Oeste (54,52), Nordeste (99,6), Norte (64,10), Sudeste (44,34) e Sul (26,40). Na análise por UF, observou-se que esse indicador variou de 18,4 no Paraná a

425,4 em Roraima. Os maiores valores foram observados para os estados de Amapá, Roraima na região Norte, seguido pelo Rio de Janeiro na região Sudeste. Sul destacou-se pelas menores razões (Figura 3).

**Figura 3.** Razão entre procedimentos preventivos individuais e práticas coletivas em saúde bucal por UF em 2022.

Os índices de disparidades foram demonstrados na tabela 2. Observaram-se menores valores para o indicador *proporção de procedimentos preventivos individuais*. As maiores disparidades foram observadas para a razão entre procedimentos individuais e coletivos e para o indicador de práticas coletivas em saúde bucal. Para o indicador *proporção de procedimentos odontológicos individuais*

*preventivos*, a maior disparidade foi observada na região Sudeste e Nordeste. As maiores disparidades para o indicador *práticas coletivas em saúde bucal* e *razão entre procedimentos preventivos individuais e práticas coletivas em saúde bucal* foram observadas na região Norte. A região Sul se destacou pelos menores índices de disparidades nos três indicadores.

**Tabela 2.** Índices de disparidades dos indicadores Proporção de procedimentos odontológicos preventivos individuais, Proporção de práticas coletivas em saúde bucal e Razão entre procedimentos preventivos individuais e práticas coletivas em saúde bucal, entre as regiões e entre as UF para cada região em 2022.

Comparação entre as regiões	Proporção de procedimentos odontológicos preventivos individuais	Proporção de práticas coletivas em saúde bucal	Razão entre procedimentos preventivos individuais e práticas coletivas em saúde bucal
Entre as regiões	16,12	13,81	118,91
<b>Comparação entre as UF para cada região</b>			
Norte	16,07	<b>48,09</b>	<b>555,42</b>
Nordeste	22,45	35,31	115,68
Sudeste	28,64	29,12	251,88
Sul	12,56	16,39	69,74
Centro-oeste	14,67	35,13	130,27

## DISCUSSÃO

As ações preventivas individuais e práticas coletivas em saúde bucal são parte integrante das atividades das eSB na APS<sup>2</sup>. Contudo, observam-se disparidades regionais na oferta dessas ações, com predominância dos procedimentos individuais, confirmando a hipótese esperada.

Os procedimentos preventivos individuais corresponderam a, aproximadamente, metade de todos os procedimentos odontológicos individuais realizados na APS em 2022. As menores proporções deste indicador na região Sul sugerem um equilíbrio maior entre procedimentos odontológicos preventivos e outros tipos de procedimentos clínicos individuais em resposta à demanda e à necessidade da população. O baixo valor da razão entre procedimentos preventivos individuais e coletivos na região Sul reforça a hipótese de uma oferta equilibrada entre os tipos de procedimentos. Contudo, este resultado precisa ser analisado considerando os modelos de atenção vigentes em cada lugar. Maiores proporções de procedimentos odontológicos preventivos individuais, como observado nas regiões Norte e Nordeste, podem sinalizar ao mesmo tempo uma valorização dessas ações ou reconhecimento da sua importância no cuidado individual ou, por outro lado, uma menor oferta de outros tipos de procedimentos clínicos, cirúrgicos ou restauradores, com baixa resolutividade para as demandas da população. Embora com diferenças regionais, esse indicador apresentou os menores índices de disparidades, podendo demonstrar uma consolidação dessas atividades preventivas no atendimento odontológico individual. No entanto, o valor observado ainda se encontra abaixo do parâmetro de 80% estabelecido como referência pelo Ministério da Saúde<sup>15</sup>. Contudo, como um parâmetro recentemente definido, seu uso permitirá uma maior compreensão do significado dos valores a prática cotidiana das equipes de saúde bucal<sup>15</sup>. Cabe destacar que, aproximadamente, metade dos procedimentos individuais foram orientação de higiene bucal, seguido de remoção de placa bacteriana e aplicação tópica de flúor.

As diferenças regionais na proporção de procedimentos preventivos individuais podem ser também explicadas por características organizacionais e pelos processos de trabalho das eSB, como a presença de eSB do tipo II (com auxiliar e técnico de saúde bucal), a realização de acolhimento e avaliação do risco dos usuários, além da disponibilidade de cimentos e selantes,

os quais representam materiais utilizados no rol de procedimentos odontológicos preventivos individuais<sup>19</sup>.

Quanto às práticas preventivas coletivas emsaúdebucal, representam, aproximadamente, um terço de todas as atividades de avaliação/procedimentos coletivos registradas. Essas ações, voltadas para a população e realizadas em grupos, representam um importante componente para assegurar a integralidade do cuidado<sup>20,21</sup>. A oferta de procedimentos coletivos também pode refletir o modelo de atenção. Estudo prévio demonstrou que o aumento do número de eSB implantadas na Estratégia Saúde da Família (ESF) foi correlacionado com aumento de indicadores de ações coletivas<sup>14</sup>.

Observa-se uma maior disparidade entre as UF e regiões brasileiras no indicador de práticas coletivas em comparação com os procedimentos preventivos individuais. Esse achado sugere que as práticas coletivas possuem um menor nível de incorporação ou consolidação no processo de trabalho das eSB. O público alvo das ações em saúde bucal foi formado, na maioria das atividades, por crianças ou adolescentes em idade escolar (89,4%). Importante destacar que as atividades preventivas coletivas em saúde bucal na APS são historicamente mais exercidas no ambiente escolar, apesar da possibilidade de atuação em outros espaços<sup>22</sup>. Ademais, este resultado pode estar relacionado ao Programa Saúde na Escola, implementado em diversos municípios brasileiros, que articula a APS e escolas do território, a fim de desenvolver ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Dentre as ações de saúde bucal pode-se destacar os procedimentos coletivos escovação dental supervisionada e aplicação tópica de fluoreto<sup>23</sup>. Demais práticas coletivas (11,6%) foram desenvolvidas com a comunidade em geral, mulher, gestante, homem, família, idoso, pessoas com doenças crônicas, usuários de tabaco, bebidas alcóolicas ou outras drogas, portadores de sofrimento mental e profissionais da educação (resultados não apresentados).

Além disso, o denominador do indicador *proporção de práticas coletivas em saúde bucal* incluiu todas as ações de avaliação/procedimentos coletivos voltadas para a população realizadas na Unidade Básica de Saúde (UBS). Flutuações nas demandas e no planejamento das equipes de saúde em relação às práticas coletivas podem implicar em aumento do denominador, modificando a proporção das práticas coletivas em saúde bucal, mesmo que o número absoluto do numerador se mantenha

constante. Isto pode acontecer em situações de campanhas de vacinação ou programas de prevenção de saúde ocular, dentre outras ações coletivas desenvolvidas na APS.

A menor consolidação de práticas coletivas em saúde bucal é respaldada pela alta razão entre procedimentos individuais e coletivos e pela disparidade desse indicador entre as UF e regiões brasileiras. Tal resultado demonstra o predomínio de atendimentos odontológicos individuais em detrimento dos coletivos. Destacam-se os estados brasileiros como Amapá, Roraima, Maranhão e Rio de Janeiro, pelo menor número de ações coletivas em saúde bucal em relação às individuais. A implementação dessas ações coletivas requer que a eSB saia do consultório odontológico para atuar em diferentes contextos no território, e de forma articulada com profissionais de outras equipes de saúde da UBS ou de outros setores. Apesar do modelo orientador da APS ser a ESF e a PNSB ter a integralidade do cuidado como um de seus pressupostos, o modelo de atenção biomédico, centrado no procedimento técnico-assistencialista, ainda se mostra hegemônico no Brasil<sup>22</sup>. Soares et al.<sup>24</sup> observaram que as ações com foco no atendimento clínico, dificuldades na intersetorialidade e no diagnóstico epidemiológico foram fragilidades da atuação da eSB na ESF, podendo explicar menor envolvimento das equipes no desenvolvimento de atividades coletivas.

Os resultados sinalizam um avanço do modelo de cuidado em saúde bucal no Brasil, com a incorporação das práticas preventivas, tanto no nível individual como coletivo, refletindo uma estratégia importante para a valorização e incorporação do modelo de promoção de saúde. No entanto, ressalta-se a necessidade de combinar essas estratégias com abordagens *upstream*, que incluem políticas multisetoriais direcionadas às condições econômicas, sociais e ambientais das pessoas, e atuem sobre fatores de risco em comum de doenças não transmissíveis, por meio de programas focalizados em áreas específicas como políticas de controle de tabaco, bebidas alcoólicas e consumo de açúcares<sup>25</sup>. Além disso, para que as ações preventivas auxiliem na redução dos agravos em saúde bucal, é preciso que as eSB incorporem em seu processo de trabalho uma abordagem que ultrapasse a reprodução do paradigma preventivo da Odontologia, o qual enfatiza a realização de procedimentos clínicos intervencionistas em nível individual e a realização de ações coletivas direcionadas

apenas a mudanças comportamentais sobre o “estilo de vida” dos indivíduos, sem atuar de forma integrada com a equipe multiprofissional ou com outros programas de promoção de saúde mais amplos, considerando os determinantes sociais do processo saúde-doença<sup>1</sup>.

As limitações deste estudo incluem a utilização de dados secundários, sujeitos a erros e subnotificações<sup>20</sup>. O indicador de práticas coletivas não reflete a participação dos usuários nas atividades de avaliação/procedimento coletivo com práticas em saúde bucal, pois é obtido pelo número total de ações realizadas, independentemente do número de usuários participantes em cada atividade. Além disso, o indicador *proporção de procedimentos odontológicos individuais* não mensura o perfil de demanda individual em saúde bucal, pois um mesmo indivíduo pode receber mais de um tipo de intervenção. Ademais, a abordagem adotada pelos profissionais nas atividades de orientação em saúde bucal também não pode ser avaliada pelo indicador. Outra limitação do estudo é o elevado nível de agregação dos dados analisados. As estimativas foram realizadas com base em indicadores agregados por macrorregião e UF, o que impossibilita análises mais detalhadas em nível local, como por município ou serviço de saúde. No entanto, o estudo demonstrou disparidades e explorou a oferta de ações preventivas na APS no Brasil, comparando de forma inédita abordagens individuais e coletivas.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que a APS tem ofertado os procedimentos preventivos individuais e coletivos em saúde bucal, contudo com diferenças regionais e com desequilíbrio entre o desenvolvimento de procedimentos individuais e práticas coletivas no processo de trabalho. Estes indicadores de monitoramento devem ser considerados pelos gestores na tomada de decisão quanto ao desenvolvimento de ações preventivas na APS, buscando ampliar o acesso e contribuir para a redução da ocorrência de doenças bucais preveníveis.

## DESCRÍÇÃO DAS CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Gomes MR e Ferreira RC contribuíram com a conceituação, metodologia do estudo, análise formal e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo do

manuscrito. Pinheiro EP, Amaral JHLM, Senna MIB, Diniz FB e Chalub LLFH contribuíram com a análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e se responsabilizam por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

## DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Nenhum conflito de interesse a declarar.

## ORCID

Milena Ribeiro Gomes: <https://orcid.org/0000-0002-2821-5287>  
Elisa Lopes Pinheiro: <https://orcid.org/0000-0002-3390-1062>  
João Henrique Lara Amaral: <https://orcid.org/0000-0001-6900-7559>  
Maria Inês Barreiros Senna: <https://orcid.org/0000-0002-0578-8744>  
Fabiano Costa Diniz: <https://orcid.org/0000-0002-8200-3365>  
Priscila Morais Gomes: <https://orcid.org/0009-0009-8260-0934>  
Loliza Luiz Figueiredo Houri Chalub: <https://orcid.org/0000-0002-0892-9047>  
Raquel Conceição Ferreira: <https://orcid.org/0000-0001-8897-9345>

## REFERÊNCIAS

1. Watt RG, Daly B, Allison P, Macpherson LMD, Venturelli R, Listl S, et al. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *Lancet*. 2019;394(10194):261-72.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes da política nacional de saúde bucal [Internet]. 2004 [acesso em 16 ago 2023]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.htm](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm).
3. Cunha CRH, Harzheim E, Medeiros OL, D'Avila OP, Martins C, Wollmann L, et al. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas equipes de saúde da família e saúde bucal no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2020;25(4):1313-26.
4. França MAS, Freire MCM, Pereira EM, Marcelo VC. Indicadores de saúde bucal nos Pactos Interfederativos do Sistema Único de Saúde: evolução no período 1998-2016. *Rev Odontol UNESP*. 2018;47(1):18-24.
5. França MASA, Freire MCM, Pereira EM, Marcelo VC. Indicadores de saúde bucal propostos pelo Ministério da Saúde para monitoramento e avaliação das ações no Sistema Único de Saúde: pesquisa documental, 2000-2017. *Epidemiol Serv Saude*. 2020;29(1):e2018406.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2003;3(2):221-4.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3493, de 10 de abril de 2024 altera a portaria de consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 11 abr 2024;Seção 1 [acesso em 15 abr 2024]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.493-de-10-de-abril-de-2024-553573811>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Equipe de Saúde Bucal. Indicadores relacionados às ações desenvolvidas por equipes de Saúde Bucal na APS [homepage na Internet]. 2025 [acesso em 20 jun 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/fichas-tecnicas/equipe-de-saude-bucal>.
9. Ferreira RC, Houri LCLF. Dicionário de indicadores para a avaliação dos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde. Belo Horizonte: FAO UFMG. 2023 [acesso em 16 ago 2023]. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/80390>.
10. Ferreira RC, Chalub LLFH, Amaral JHL, Pinto RS, Santos JS, Campos FL, et al. Indicadores para monitoramento dos serviços de saúde bucal na Atenção Primária: validação de conteúdo e mensurabilidade. *Cien Saude Colet*. 2025;30(2):e088702023.
11. Agrasuta V, Thumbuntu T, Karawekpanyawong R, Panichkriangkrai W, Viriyathorn S, Reepornmaha T, et al. Progressive realisation of universal access to oral health services: what evidence is needed? *BMJ Glob Health* 2021;6(7):e006556.
12. Brasil. Ministério da Saúde. SISAB: Sistema de informação em Saúde para a Atenção Básica [homepage na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [versão 2.1.230310; acesso em 16 ago 2023]. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br>.

13. Monteiro IS, Moreira RS, Farias SF. Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal na estratégia saúde da família de Recife, Pernambuco, 2014. *Cad. Saude Colet.* 2022;30(3):387-406.
14. Siqueira PM, Umeda JE, Terada RSS, Giozeti AF, Leite JS, Paludetto Junior M, et al. Associação da implantação de equipes de saúde bucal com ações coletivas e exodontia no Estado do Paraná, Brasil. *Cienc Saude Colet.* 2021;26(Supl 2):3705-14.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Procedimentos odontológicos preventivos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [acesso em 20 jun 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/fichas-tecnicas/equipe-de-saude-bucal/procedimentos-odontologicos-preventivos/view>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Escovação supervisionada [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [acesso em 20 jun 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/fichas-tecnicas/equipe-de-saude-bucal/escovacao-supervisionada/view>.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-SUS Atenção Básica: manual do sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC [homepage na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [versão 5.0; acesso em 16 ago 2023]. Disponível em: <https://cgiap-saps.github.io/Manual-eSUS-APS/>.
18. Pearcy JN, Keppel KG. A summary measure of health disparity. *Public Health Rep.* 2002;117(3):273-80.
19. Oliveira MTP, Farias MR, Vasconcelos MIO, Brandão IR. Os desafios e as potencialidades da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma análise dos processos de trabalho. *Physis.* 2022;32(1):e320106.
20. Souza GCA, Mourão SA, Emiliano GBG. Série temporal da produção odontológica no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2008-2018. *Epidemiol Serv Saude.* 2002;31(1):e2021213.
21. Souza MGR, Souza PC, Lima RCGS. Realidade e esforços de cirurgiões-dentistas em Odontologia Comunitária. *Rev ABENO.* 2020;20(2):80-92.
22. Sanchez HF, Werneck MAF, Amaral JHL, Ferreira EF. A integralidade no cotidiano da atenção à saúde bucal: revisão de literatura. *Trab Educ Saúde.* 2015;13(1):201-14.
23. Moreira RS, Maurício HA, Jordão LMR, Freire MCM. Implementação do Programa Saúde na Escola: relação com aspectos da saúde bucal dos estudantes. *Saúde Debate.* 2022;46(n.esp.3):166-78.
24. Soares FF, Figueiredo CRV, Borges NCM, Jordão RA, Freire MCM. Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. *Cienc Saude Coletiva.* 2011;16(7):3169-80.
25. Broomhead T, Baker SR. From micro to macro: Structural determinants and oral health. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2023;51(1):85-8.

## Disparities in the provision of individual and collective preventive procedures in oral health in Primary Health Care in Brazil

**Aim:** This study estimated indicators of the provision of individual and collective preventive procedures in oral health within Primary Health Care, and to assess the magnitude of geographical disparities of these indicators in Brazil.

**Methods:** An ecological study was conducted utilizing secondary data from the Primary Care Health Information System, 2022. The proportion of individual preventive dental procedures, the proportion of collective practices in oral health, and the ratio between individual procedures and collective practices in oral health (ind/col) were calculated for Brazil, by Federative Units (UF), and regions. The Disparity Index (DI) measured the geographical differences of these indicators.

**Results:** Individual preventive procedures and collective practices accounted for 47.7% and 34.4% of PHC procedures, respectively. Higher DIs were observed for collective practices. The ind/col ratio was >30, with lower DIs in the South region.

**Conclusion:** Disparities exist in the provision of preventive actions with a predominance of individual procedures.

**Uniterms:** health services research; secondary data analysis; health inequality indicators; primary prevention; oral health; Primary Health Care.