

INDICADORES DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA E O IMPACTO NA CÁRIE DENTÁRIA

Danielle Bordin¹
Cristina Berger Fadel²

RESUMO

Este estudo, fruto da exploração de fontes secundárias, objetivou analisar o desempenho de um indicador epidemiológico da cárie dentária frente a indicadores de saúde bucal contemplados na atenção básica e pactuados por meio de metas nacionais, considerando-se as Grandes Regiões brasileiras. Os resultados evidenciaram uma relação inversa entre índices de saúde bucal favoráveis e regiões com maior cobertura de equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (Indicador 41), e uma relação esperada, quando do confronto com um indicador de cunho preventivo em saúde bucal (Indicador 42). Conclui-se que o indicador epidemiológico da cárie dentária mostrou relação desigual com os indicadores da atenção básica.

Palavras-chave: Indicadores básicos de saúde. Avaliação em saúde. Saúde bucal. Atenção primária à saúde.

1 INTRODUÇÃO

As reflexões em torno da organização do cuidado à saúde prestado à população brasileira, também no que se refere ao campo da saúde bucal, suscitam debates entre sujeitos e atores sociais envolvidos nos rumos das políticas públicas de saúde.

No período anterior à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde representava um marco referencial para a organização dos serviços numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial. Após a sua criação e o desenvolvimento de seus mecanismos financeiros e operacionais, cada vez tem sido mais frequente o uso do conceito atenção básica como referência aos serviços municipais (GIL, 2006). No Brasil, a atenção básica à Saúde vem sofrendo profundas transformações, principalmente a partir da expansão de cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF), na década de 1990, a qual vivificou este debate ao explicitar a necessidade da provisão de melhores cuidados em saúde para as populações, tanto no que se refere ao alcance de maior equidade e eficiência quanto em relação à continuidade da atenção e satisfação dos usuários (STARFIELD,

¹ Acadêmica de Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG. Departamento de Odontologia, Ponta Grossa (PR), Brasil. E-mail: daniellebordin@hotmail.com

² Professora adjunta do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG, Doutora em Odontologia Preventiva e Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP. E-mail: cbfadel@gmail.com

1994; BINDMAN et al, 1995; MENDES, 1999; MACINKO; STARFIELD, 2003; STARFIELD, 2002; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005).

Após inúmeras estratégias consolidadoras da atenção básica no Brasil, as quais perpassaram pelas normativas reguladoras denominadas Normas Operacionais Básicas (NOB) (BRASIL, 1991; BRASIL, 1993; BRASIL, 1996) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002), com uma nova perspectiva de avanço estratégico das ações e dos serviços de saúde pública no Brasil é divulgado o Pacto pela Saúde - Consolidação do SUS (BRASIL, 2006). O objetivo agora é promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS e ainda, explicitar o compromisso entre os gestores de saúde em torno de ações que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira.

Especificamente para o campo da Odontologia, o Pacto pela Saúde expressa sua relevância no processo de avaliação e monitoramento de programas e serviços da atenção básica, pela inclusão de Indicadores de saúde bucal: **Cobertura Populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada, por meio da Portaria GM/MS nº 3.840, de 07 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010).**

Com relação à epidemiologia brasileira da saúde bucal, o principal componente do eixo dos dados fundamentais é o Projeto SBBrasil, o qual teve edições em 2003 e 2010, e traçou um dos mais completos diagnósticos da saúde bucal dos brasileiros. O recente SBBrasil 2010 constituiu parte de um amplo processo que visa a construção de uma base de dados permanente relativa aos principais indicadores epidemiológicos de saúde bucal.

Nesse cenário, onde são crescentes a necessidade e o interesse em avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização e oferta dos serviços de saúde bucal no Brasil, como importante subsídio para o processo de organização e planejamento dos serviços públicos, objetiva-se, por meio desse estudo, analisar o desempenho de um indicador epidemiológico da cárie dentária frente aos Indicadores amplos de saúde bucal, pactuados por meio de metas nacionais.

2 MÉTODO

Este estudo, fruto da exploração de fontes secundárias envolveu dados coletados dos bancos do Sistema Único de Saúde (DATASUS), por meio de Indicadores de saúde bucal

disponibilizados no Pacto pela Saúde – 2010/2011, contidos nos cadernos de Informações de Saúde (BRASIL, 2011a) e dados do SBBrasil 2010 (BRASIL, 2011b), por meio de indicadores da doença cárie nas dentições decídua e permanente.

Na categoria dos Indicadores do Pacto encontram-se os Indicadores de número 41, referente à cobertura populacional estimada das equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família e o de número 42, relativo à média da ação coletiva de escovação dental supervisionada. O **Quadro 1** expõe o método de cálculo utilizado pelo Ministério da Saúde para a composição de cada Indicador. Neste âmbito, a coleta de informações ocorreu de 2008 a 2011, período em que o banco de dados apresentava-se de forma integral e regular, e utilizou-se a tabulação em âmbito nacional referente às cinco Grandes Regiões brasileiras.

Indicador 41	Número de equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família implantadas x $\frac{3.450 \text{ pessoas}}{\text{População no mesmo local e período}}$ X 100
Indicador 42	Número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em <u>determinado local e período, dividido pelo período</u> X 100 População no mesmo local e período

Quadro 1- Método de cálculo dos indicadores de saúde bucal*.

*Portaria GM/MS nº 3.840.

Fonte: Brasil, 2010.

Com relação aos indicadores da cárie dentária, foi utilizado o índice preconizado pelo projeto SBBrasil e pela Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997, tradução nossa), de onde se pode inferir o CPO-D médio (dentição permanente) e o ceo-d (dentição decídua) de uma determinada população. Ambos os índices expressam a soma dos dentes cariados, perdidos e obturados divididos pelo número de pessoas examinadas, e são capazes de mensurar experiências presente e passada do ataque da doença cárie. Nesta esfera, também se utilizou as divisões nacional e regional para a coleta das informações.

Os dados pesquisados foram submetidos à análise descritiva, posteriormente relacionados e os resultados expressos em gráficos, contendo valores absolutos e relativos.

3 RESULTADOS

A **Figura 1** expõe os dados referentes ao desempenho evolutivo do Indicador 41 “Cobertura populacional estimada das equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família”, coletados do DATASUS.

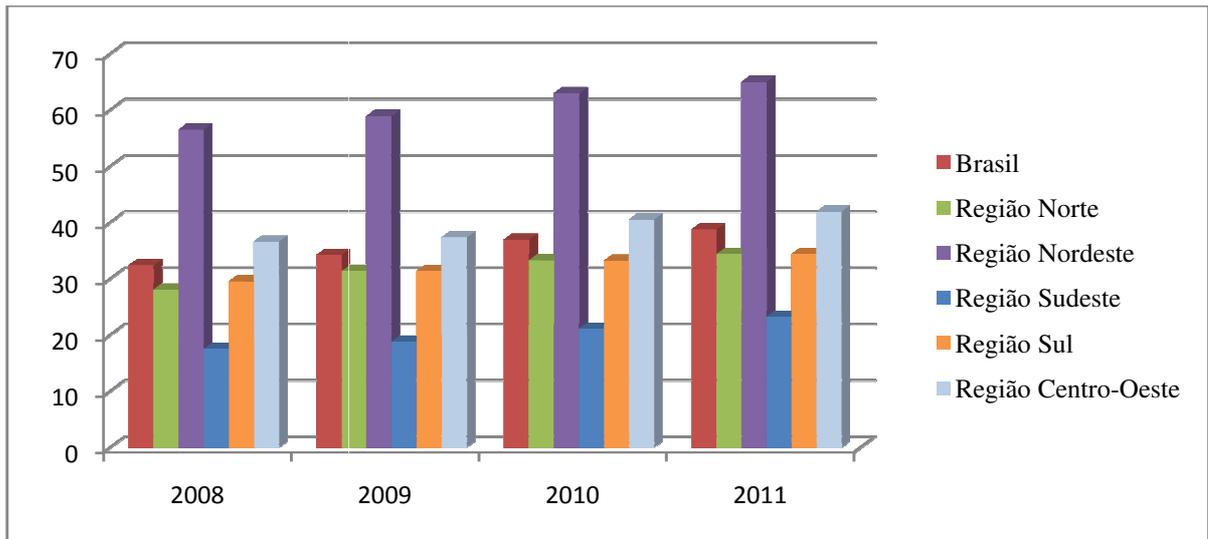


Figura 2 - Distribuição percentual da população coberta pelas equipes de saúde bucal na ESF (Indicador 41).

Fonte – Brasil, 2008-2011.

Nesta, evidencia-se que a região Nordeste apresentava, em 2008, a maior cobertura de equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (56,52%), seguida da região Centro-Oeste com 36,6%. As regiões Sul, Norte e Sudeste apresentaram valores de cobertura menores: 29,53%, 28,08% e 17,51%, respectivamente, sendo que a média brasileira no período era 32,4%.

Em 2009, a média brasileira aumentou para 34,2%, e todas as regiões acompanharam esse crescimento. Neste período, a região Nordeste contava com 58,92% da população coberta pelas ações das ESB da ESF; a Centro-Oeste com 37,34%; Norte e Sul com valores praticamente iguais, 31,40% e 31,34% respectivamente e, a região Sudeste com 18,80% de cobertura populacional.

Para o ano de 2010, as proporções deste indicador apresentaram-se da seguinte maneira: 36,94% para a cobertura em âmbito nacional; 62,98% para o Nordeste; 40,52% para o Centro-Oeste; 33,28% para o Norte; 33,10% para o Sul e 21,11% para a região Sudeste. Já, no ano de 2011, o Indicador demonstrou os seguintes valores: 38,75% para a média brasileira; 64,97% para o Nordeste; 41,94% para o Centro-Oeste; 34,4% para o Norte; 34,38% para o Sul e 23,22% para a região Sudeste.

A **Figura 2** mostra o desempenho evolutivo do Indicador “Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada” de 2008 a 2011.

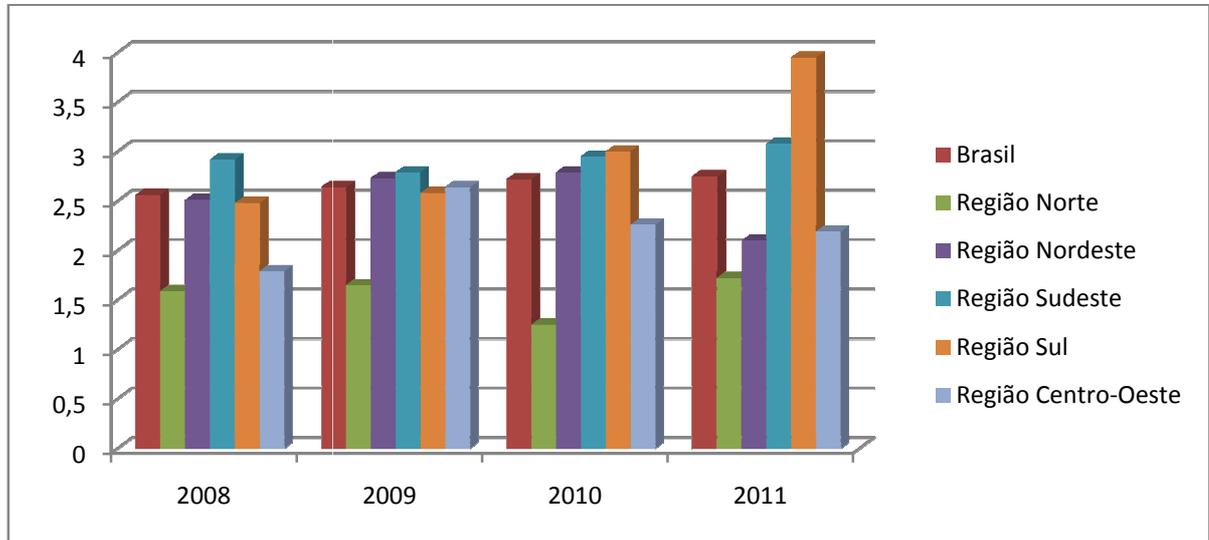


Figura 3 - Média de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada (Indicador 42).
Brasil, 2008-2011.

Em 2008, 2,56% da população brasileira teve acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde bucal, sendo que as médias apresentadas para cada região foram de 2,91%; 2,51%, 2,48%, 1,79% e 1,59% relativas às regiões Sudeste, Nordeste, Sul, Centro-Oeste e Norte, respectivamente.

Já em 2009, observou-se na região Centro-Oeste, aumento significativo da população participante das ações coletivas de escovação dental, com valor ampliado para 2,64%. As regiões Sul, Nordeste e Norte apresentaram aumentos mais discretos; 3%, 2,73% e 1,65%, respectivamente. O único decréscimo observado refere-se à região Sudeste, com valor de 2,79%. A média estimada da população brasileira assistida pela escovação dental supervisionada para o referido período foi de 2,64%.

No ano de 2010, apesar do valor deste Indicador para o Brasil ter evoluído (2,74%), as Grandes Regiões expuseram duas oscilações negativas, resultando nos seguintes resultados: 3%, 2,95%, 2,79%, 2,26% e 1,25%, para as regiões Sul, Sudeste, Nordeste, Centro-Oeste e Norte, respectivamente.

Em 2011, o Brasil expôs com um valor médio de 2,75%. As regiões Sul e Sudeste apresentaram maior destaque (3,95% e 3,08%, respectivamente) e as regiões Centro-Oeste,

Nordeste e Norte expuseram valores abaixo da média brasileira (2,19%, 2,1% e 1,72%, respectivamente).

A **Tabela 1** apresenta a distribuição média dos indicadores da cárie dentária, ceo-d (dentição decídua) e CPO-D (dentição permanente), segundo faixa etária e Grandes Regiões.

Tabela 4 - Média do índice do ceo-d (5 anos), CPO-D (demais idades), segundo grupo etário e regiões. Brasil, 2010*.

	Região	5 anos	12 anos	15 a 19 anos	35 a 44 anos	65 a 74 anos
ceo-d/CPO-D	Região Norte	3,37	3,16	5,64	17,51	28,26
	Região Nordeste	2,89	2,63	4,53	16,62	27,20
	Região Sudeste	2,10	1,72	3,83	16,36	27,65
	Região Sul	2,49	2,06	4,01	17,56	27,10
	Região Centro-Oeste	3,00	2,63	5,94	17,66	27,49
	Brasil	2,43	2,07	4,25	16,75	27,53

* Fonte: Brasil, 2010.

Analisando-se as regiões segundo o índice que contempla a dentição decídua (5 anos), observou-se um distanciamento positivo das regiões Sudeste e Sul em relação às demais, fato que favoreceu o valor alcançado pela média Brasil. Com relação à cárie em crianças aos 12 anos, o índice mostrou novamente um bom desempenho nas regiões Sudeste, Sul e média Brasil, com valores abaixo da meta preconizada pela Organização Mundial da Saúde. Contudo, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste foram observadas prevalências médias mais elevadas deste indicador. No grupo de adultos jovens (15 a 19 anos), verificou-se novamente valores mais positivos nas regiões Sudeste e Sul, quando comparados com as demais regiões. Na população adulta (35 a 44 anos) e idosa (65 a 74 anos) a discrepância entre as regiões foi pouco significativa, visto que os índices alcançados mostraram-se elevados em todas as regiões.

4 DISCUSSÃO

Por meio dos levantamentos epidemiológicos é possível estimar a condição de saúde bucal de diferentes grupos populacionais, conhecimento indispensável para a proposição de ações adequadas às suas necessidades e riscos. As informações fornecidas por esses levantamentos possibilitam comparações no tempo e no espaço, e avaliações do impacto diferencial de fatores de risco e proteção, bem como, em certa medida, dos programas de saúde relativos aos agravos e condições considerados (FRIAS; ANTUNES; NARVAI, 2004).

Desde os primeiros levantamentos epidemiológicos em saúde bucal realizados no Brasil, foram observados importantes declínios nos índices da cárie dentária. De acordo com estudo

realizado por Narvai et al (2006), entre os anos de 1980 e 2003, foi constatada uma elevada redução nos valores do CPO-D no país como um todo e nas Grandes Regiões, com declínios de até 61,7%, fato que expõe uma tendência consistente de queda ao longo do período. No entanto, apesar do significativo declínio de indicadores, a cárie dentária ainda é considerada uma epidemia mundial, necessitando, portanto, de medidas individuais e coletivas, bem como de estratégias preventivas para controlá-la e tornar suas sequelas cada vez menos severas (PERES, et al 2008; COSTA et al, 2011).

Na Tabela 1 observa-se que há disparidade nos índices da cárie dentária entre as Grandes Regiões brasileiras. Este fato expressa que a saúde bucal no Brasil constitui ainda um grande desafio aos princípios doutrinários do SUS, principalmente no que se refere à universalização e à equidade da atenção (GOMES et al, 2004).

Em busca da redução das disparidades de assistência, da melhoria do sistema de atendimento e como forma de reorganizar o primeiro nível de atenção em saúde bucal no Brasil, o Ministério da Saúde lança em 1994, o Programa Saúde da Família (SANTOS et al, 2007), que é reconhecido hoje como estratégia prioritária para a reorientação do modelo assistencial no país.

No ano 2000 inserem-se as primeiras Equipes de Saúde Bucal (ESB) neste novo modelo de atenção, na busca pela ampliação do acesso da população aos serviços odontológicos e pela geração de impactos positivos nos índices epidemiológicos de saúde bucal (OLIVEIRA et al, 2010), tendo como eixo norteador o conhecimento da sua realidade e de suas necessidades individuais e coletivas.

Visando avaliar e monitorar as ações e serviços de saúde referentes ao nível de atenção básica no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde formulou o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, acordo de gestão entre as secretarias estaduais e municipais de saúde e o Ministério da Saúde, instituído pela Portaria GM/MS 3.925 de 1988 e a Portaria 476 de 1999 (BRASIL, 2003).

A partir de então vem sendo publicadas, por meio de portarias específicas, as orientações para o processo de pactuação e a relação de indicadores a serem pactuados pelos gestores, com tímidas iniciativas no âmbito da saúde bucal. Em 2010, por meio da portaria GM/MS nº 3.840, de 7 de dezembro de 2010, entram em vigência novos parâmetros de saúde bucal (BRASIL, 2010). Nestes, a saúde bucal ingressa em sua Prioridade VI, responsável pelo fortalecimento da atenção básica e tem por objetivos ampliar o número de equipes de saúde bucal na ESF, acompanhando os valores do Indicador 41 – **Cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família**; e aumentar a prevenção das principais

doenças bucais como a cárie dentária e a doença periodontal, através do monitoramento do Indicador 42 - **Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada** (BRASIL, 2006).

Confrontando-se os dados da **Figura 1**, a qual ilustra a cobertura populacional estimada das ESB na Estratégia Saúde da Família com as informações da **Tabela 1**, que se refere aos índices da cárie dentária, não se observa uma relação esperada entre os valores, mas sim uma condição inversa: as regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste expõem indicadores de saúde bucal desfavoráveis, apesar de apresentarem os maiores investimentos em Equipes de Saúde Bucal do país. Esse fato sustenta a afirmação de Jannuzz (2002) de que indicadores elevados de provimento em saúde podem estar relacionados, num determinado momento, a piores condições de saúde de uma população, considerando-se a urgente necessidade de alocação de recursos. Corroborando com esta ideia, vários autores afirmam que as doenças se instalam mais frequentemente em regiões com pouca infra-estrutura e entre as populações mais pobres (PRATA, 1992; KASSOUF, 2005; BARRETO, 1998; DUARTE et al, 2002; JUNQUEIRA, 2006; JUNQUEIRA; FRIAS; ZILBOVICIUS, 2004; NORONHA; ANDRADE, 2005; RONCALLI, LIMA, 2006; ALAZRAQUI et al, 2007; BARCELLOS et al, 2002; FISCHER et al, 2010), como é o caso das regiões acima referidas.

Estudo realizado sobre a dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil (MONTEIRO, 1995), evidenciou discrepâncias de seguridade social entre as cinco Grandes Regiões, concluindo que as ações governamentais deveriam ser priorizadas aos moradores de áreas menos favorecidas. Os resultados deste estudo corroboram com os dados aqui revelados, no âmbito da saúde bucal.

De acordo com os dados da **Tabela 1**, o índice de dentes cariados, perdidos e obturados aumenta significativamente frente ao avanço etário. O reconhecimento deste perfil de crescimento se faz urgente e necessário, com enfoque amplo das ações em saúde bucal, além dos arraigados métodos assistenciais e curativos (OLIVEIRA et al, 2010). Práticas que englobem ações preventivas e de promoção da saúde, voltadas a todos os grupos etários, são premissas da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004).

Outro fato que evidencia a importância da promoção de ações de caráter preventivo pode ser visualizado comparando-se a **Figura 2**, que mostra a média da ação coletiva de escovação dental supervisionada, com os valores expostos na **Tabela 1**, de prevalência da cárie dentária: as regiões Sudeste e Sul, com taxas mais elevadas de ações de prevenção em saúde bucal, são também as que apresentam os índices mais baixos de CPO-D e ceo-d do país. A região Norte confirmou realidade inversa para todas as faixas etárias, ao longo dos quatro anos avaliados.

Contudo, não se pode atribuir mérito único às ações de caráter preventivo para a justificativa dos valores reduzidos nos índices regionais da doença cárie; diversos são os fatores que levam à redução dos valores do ceo-d e CPO-D, que vão desde a expansão da fluoração das águas de abastecimento público (sobretudo no Sul e Sudeste), a introdução de dentifrícios fluorados no mercado (com maior impacto relativo nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste) e à mudança de enfoque nos programas de Odontologia em saúde pública em todas as regiões do país (NARVAI et al, 2006; PERES et al, 2008; COSTA et al, 2011).

Ao longo do tempo, desde o estabelecimento dos incentivos para a implantação das equipes de saúde bucal na ESF, houve um crescimento exponencial do número de equipes em todo o Brasil (PEREIRA et al, 2009), que pode ser verificado na **Figura 1**. No entanto, a ampliação da cobertura dos serviços odontológicos, decorrente da descentralização do sistema de saúde brasileiro e dos investimentos no setor, não foi suficiente para alterar significativamente o padrão de composição do índice CPO-D no país (NARVAI et al, 2006).

O Brasil tem como meta para o biênio 2010-2011 cobrir no mínimo 40% da população com equipes de saúde bucal na ESF (BRASIL, 2010). Para atingir esta meta o governo delineou como estratégia o convencimento dos gestores municipais sobre as vantagens da conversão do modelo tradicional de serviços odontológicos pela atenção à saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, e a inserção no processo de monitoramento e avaliação da qualidade e consistência das informações pactuadas, com vistas ao assessoramento à gestão (BRASIL, 2010).

Como ilustrado na **Figura 1**, o Brasil chegou próximo à meta estipulada para o referido biênio (38,75%), apesar de não ter conseguido abrangê-la. As principais regiões responsáveis pelo alcance deste valor foram a Nordeste, com valores de cobertura bem acima da média estipulada para todo o Brasil, e a Centro-Oeste. Os dados encontrados evidenciaram ainda um distanciamento das demais regiões, em especial da Sudeste, no que se refere ao cumprimento da meta Brasil.

O Indicador 42, referente à *Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada* (**Figura 2**), aponta a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde bucal, visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente a cárie dentária e a doença periodontal. Considerando-se que, na maioria dos locais, a escovação dental supervisionada será realizada com dentifrício fluoretado, este indicador também permite estimar a proporção de pessoas que tiveram acesso ao flúor tópico (BRASIL, 2010). O governo federal tem como meta para este indicador de âmbito coletivo, no interstício 2010 a 2011, atingir a média de 3% (BRASIL, 2010). Para alcançá-la,

traçou ações estratégicas como doação de *kits* de escova e creme dental para as Secretarias Municipais de Saúde, doação de materiais educativos de escovação dental, monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelos municípios na base de dados nacionais, com vistas ao assessoramento à gestão e acompanhamento de informações (BRASIL, 2010).

De acordo com a **Figura 2**, o Brasil contou em 2011, com média de 2,75%, não conseguindo atingir a meta estipulada para o referido biênio. Desta vez, as regiões Sul, Sudeste foram as principais responsáveis pelo alcance deste valor. Entretanto, os dados encontrados evidenciaram novamente um distanciamento entre as Grandes Regiões, com destaque negativo para a região Norte e o seu amplo distanciamento da meta Brasil.

Em consonância com este Indicador e com o objetivo de subsidiar o alcance de suas metas, a Política Nacional de Saúde Bucal propõe a incorporação progressiva de ações de promoção e proteção em saúde, como fluoretação das águas de abastecimento, educação em saúde, higiene bucal supervisionada e aplicações tópicas de flúor, de acordo com o perfil epidemiológico da população (BRASIL, 2004).

Comparando-se os indicadores da Atenção Básica, seriam esperadas médias mais elevadas do Indicador 42 em regiões com maior número de equipes de saúde bucal, visto que as ações de prevenção nesse âmbito competem a elas (BRASIL, 2004; ALMEIDA; FERREIRA, 2008; BRASIL, 2001). Logo, frente à análise da média populacional participante das ações promovidas pelos serviços de saúde, não se deve considerar apenas o número de ESB de cada região, mas enquadrar toda a sua funcionalidade, a articulação entre os serviços que compõem a rede, a localização geográfica da unidade, os fatores culturais, econômicos e epidemiológicos da população, a disponibilidade dos serviços, de acordo com as demandas e necessidades da população e a acessibilidade (UNGLERT; ROSENBERG; JUNQUEIRA, 1987; UNGLERT, 1990; ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003 FISCHER et al, 2010).

Para Pereira et al (2009), o modelo ESF vem produzindo experiências qualitativamente diferentes e, em muitos casos, reproduzindo o modelo tradicional em novas embalagens apenas, ou seja, o modelo de atenção individual curativa continua se perpetuando de forma hegemônica, não seguindo as normativas estabelecidas no seu plano funcional de atuar em ações de cunho preventivo. Essa constatação dos autores serve de subsídio para os resultados aqui alcançados.

O panorama de saúde bucal observado na análise dos dados permite identificar que a maior vulnerabilidade regional, no que se refere à doença cárie, apresenta-se em regiões com melhores coberturas de equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família, e com menor

desenvolvimento socioeconômico (COSTA et al, 2011). No caso em estudo, os desempenhos menos favoráveis dos indicadores odontológicos estão sendo conduzidos pelas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, o “grupo dos vulnerados”, que não conseguem usufruir completamente das medidas de proteção sociais (COSTA et al, 2011).

Ressalta-se aqui, que a principal limitação desse estudo está relacionada à baixa qualidade da informação produzida pelos serviços de saúde no Brasil, por meio da pouca consistência dos dados disponibilizados, demonstrando assim, os indicadores de saúde em geral, alta fragilidade.

5 CONCLUSÃO

Considerada a análise dos resultados alcançados por este estudo, conclui-se que o indicador epidemiológico da cárie dentária avaliado mostrou relação desigual com os indicadores da atenção básica estudados, conforme desempenho por regiões:

- a) Avaliando-se a relação com o Indicador 41, considerado uma referência de provisão de serviços odontológicos, os índices CPO-D e ceo-d expuseram piores resultados em regiões com condições sociais e epidemiológicas menos favorecidas.
- b) Quanto ao Indicador 42, eminentemente de cunho preventivo em saúde bucal, o comportamento dos índices da cárie dentária deu-se de modo mais favorável nas regiões com melhores padrões de desenvolvimento.

Estes resultados devem ser vistos com cautela, frente às limitações anteriormente expostas.

ORAL HEALTH INDICATORS IN PRIMARY CARE AND THE IMPACT ON DENTAL CARIES

ABSTRACT

The present study results from the exploitation of secondary sources, aiming to analyze the performance of an epidemiological indicator of dental caries compared to the oral health indicators included in primary care and agreed through national targets, considering the Brazilian major regions. The results showed an inverse relationship among oral health indices and regions with more favorable coverage of oral health teams in the Family Health Strategy (Indicator 41) and an expected relationship when the confrontation with an indicator stamp preventive oral health (indicator 42). As conclusion, it was observed that the epidemiological indicator of dental caries showed unequal relationship with indicators from primary care.

Key-words: Health Status Indicators. Health Services Research. Oral Health. Epidemiology.

REFERÊNCIAS

- ALAZRAQUI, M. et al. Desigualdades en salud y desigualdades sociales: um abordaje epidemiológico en un municipio urbano de Argentina. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 21, n. 1, p. 1–10, 2007.
- ALMEIDA, G. C. M.; FERREIRA, M. A. F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2131-40, 2008.
- ASSIS, M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Pelotas, v. 8, n. 3, p. 815-23, 2003.
- BARCELLOS, C. et al. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: a análise espacial e o uso de Indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 11, n. 3, p. 129-38, 2002.
- BARRETO, M. L. Por uma epidemiologia da saúde coletiva. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 104-22, 1998.
- BINDMAN, A. B. et al. Preventable hospitalizations and access to health care. **JAMA**. v. 274, p. 305-11, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 273/91. Norma Operacional Básica do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social: NOB-INAMPS 01/91. **Diário oficial da União**. 07 jan. 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 01/93. **Diário oficial da União**. 24 maio 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2203. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 01/96. Gestão Plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. **Diário oficial da União**. 6 nov. 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95. Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01. **Diário oficial da União**. 26 jan. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373. Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02. **Diário oficial da União**. 28 fev. 2002
- 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. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 2, 221-224, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. **Diário oficial da União**, Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário oficial da União**, Brasília, 22 fev. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.840. Inclui a Saúde Bucal no Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, e estabelece as diretrizes, orientações e prazos do processo de ajuste de metas para o ano de 2011. **Diário oficial da União**, Brasília, 7 dez. 2010.
- Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 8- 21, maio./ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. [Internet site]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201> Acessado em 07 Junho 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. **SB Brasil 2010: resultados principais**. Brasília/DF, 2011b.

COSTA, S. M. et al. Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=8907

DUARTE, E. C. et al. Expectativa de vida ao nascer e mortalidade no Brasil em 1999: análise exploratória dos diferenciais regionais. **Revista Pan-americana de Saúde Pública**, Washington, v. 12, n. 6, p. 436-44, 2002.

FISCHER, T. K. et al. 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. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 126-138, 2010.

FRIAS, A. C.; ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Precisão e validade de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: cárie dentária na cidade de São Paulo, 2002. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, n. 2, p. 144-54, 2004.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**. v. 22, n. 6, p. 1171-81, 2006.

GOMES, P. R. et al. Paulínia, São Paulo, Brasil: situação da cárie dentária com relação às metas OMS 2000 e 2010. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 866-870, 2004.

JANNUZZ, P. M. Indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas pública. **Revista Brasileira de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 51-72, 2002.

JUNQUEIRA, S. R. et al. Indicadores socioeconômicos e recursos odontológicos em Municípios do Estado de São Paulo, Brasil, no final do século XX. **Epidemiologia Serviço e Saúde**, Brasília, v. 15, n. 4, p. 41-53, 2006.

JUNQUEIRA, S. R.; FRIAS, A. C.; ZILBOVICIUS, C. Saúde bucal coletiva: quadros social, epidemiológico e político. In: RODE, S. M.; GENTIL, S. N. (Org.). **Atualização clínica em odontologia**. São Paulo: Artes Médicas, 2004. p. 591-604.

KASSOUF, A. L. O que conhecemos sobre o trabalho infantil? **Nova Economia**, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 323-350, 2007.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. **Health Serv Res**. v. 38, p. 831-65, 2003.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Editora Hucitec; 1999.

MONTEIRO, C. A. A dimensão da pobreza, da fome e da desnutrição no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 9, n. 24, p. 195-207, 1995.

NARVAI, P. C. et al. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 19, n. 6, June 2006 .

NORONHA, K. V. M. S.; ANDRADE, M. V. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. **Revista Panamericana del Salude Publica**, Washington, v. 17, n. 5/6, p. 410-418, 2005.

OLIVEIRA, L. S. G.; NASCIMENTO, D. D. G.; MARCOLINO, F. F. Saúde bucal na estratégia saúde da família: percepções de profissionais e cuidadores familiares. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 65-72, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**. Washington DC: Organização Mundial da Saúde; 2005.

PERES, S. H. C. S. et al. Polarização da cárie dentária em adolescentes, na região sudoeste do Estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Pelotas, v. 13, n. Supl. 2, p. 2155-62, 2008.

PRATA, P. R. A transição epidemiológica no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 8, n. 2, p. 168-175, 1992.

RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. Impacto do Programa Saúde da Família sobre Indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Pelotas, v. 11, n. 3, p. 713-724, 2006.

SANTOS, A. M. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. Is primary care essential? **Lancet**. v. 344, p. 1129-33, 1994.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 445-52, 1990.

UNGLERT, C. V. S.; ROSENBERG, C. R.; JUNQUEIRA, C. B. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 5, p. 439-446, 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys: basic methods**. Geneva: WHO, 1997.

Submetido em: 10/06/2012

Aceito para publicação em: 01/08/2012