

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

Wilson Luiz de Menezes Correia Júnior

**ESTUDO SOBRE PROCEDIMENTOS EXODÔNTICOS NA REDE ASSISTENCIAL
PÚBLICA DO ESTADO DE PERNAMBUCO NO PERÍODO DE 2000 A 2008**

**RECIFE
2012**

Wilson Luiz de Menezes Correia Júnior

Estudo sobre procedimentos exodônticos na rede assistencial pública do Estado de Pernambuco, no período de 2000 a 2008

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Estudos em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientador: Petrônio José de Lima Martelli

Coorientador: Fernando Castim Pimentel

**Recife
2012**

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

C824e Correia Júnior, Wilson Luiz de Menezes.

Estudo sobre procedimentos exodônticos na rede assistencial pública do Estado de Pernambuco, no período de 2000 a 2008/ Wilson Luiz de Menezes Correia Júnior. — Recife: W. L. M. Correia Júnior, 2012.

25 p.: il.

Monografia (Programa de residência multiprofissional em saúde coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

Orientador: Petrônio José de Lima Martelli, Coorientador: Fernando Castim Pimentel.

1. Cirurgia Bucal - estatística & dados numéricos. 2. Odontologia em Saúde Pública. 3. Assistência à Saúde. I. Martelli, Petrônio José de Lima. II. Pimentel, Fernando Castim. II. Título.

CDU 616.314

Wilson Luiz de Menezes Correia Júnior

Estudo sobre procedimentos exodônticos na rede assistencial pública do Estado de Pernambuco, no período de 2000 a 2008

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Estudos em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 19/04/2010.

Orientadora:

Drº. Petrônio José de Lima Martelli

Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Debatedora:

Msc. Alcieros Martins da Paz

Faculdade de Odontologia do Recife - FOR

Dedico este trabalho, em especial, a minha mãe, Ivanize, um ser humano que sempre se esforçou por mim, qualquer que tenha sido a dificuldade, estando sempre presente como meu braço direito, quer seja na alegria, quer seja na tristeza, mostrando-me que devo aproveitar o presente e não o futuro, curtindo sempre o dia como se fosse o último.

AGRADECIMENTOS

A Deus em primeiro lugar, criador de todo o universo, autor da minha vida, que, mesmo não merecendo, nos deu a oportunidade de iniciar este curso e forças para concluí-lo. Tenho certeza que sem Ele nós não estaríamos agora escrevendo estas palavras de agradecimentos. Porque, Dele por Ele, para Ele são todas as coisas, inclusive nossas vidas;

A minha mãe e ao meu pai, por estarem ao meu lado em todos os momentos;

Ao professor Petrônio Martelli, orientador e amigo, pela valiosa orientação e caminhada assídua a cada passo dado deste trabalho, no qual sem o mesmo não teria alcançado o êxito;

A Fernando Castim, colega de profissão e amigo, pela relevante contribuição na orientação, construção e finalização deste trabalho;

À professora Alcieros Martins, por participar deste projeto com seus valiosos conhecimentos e sugestões, contribuindo para a melhora do trabalho;

A todos os amigos e colegas pela paciência e apoio mútuo nos momentos de angústias, em dificuldades e alegrias, compartilhando comigo do mesmo objetivo: a certeza de uma missão cumprida, como parte de uma etapa para conclusão do curso;

A Tereza Farias, namorada, amiga e melhor conquista da residência, por estar sempre ao meu lado em todos os momentos, sendo fundamental seu apoio e sua presença em minha vida para o término desta etapa da vida.

**ESTUDO SOBRE PROCEDIMENTOS EXODÔNTICOS NA REDE ASSISTENCIAL
PÚBLICA DO ESTADO DE PERNAMBUCO, NO PERÍODO DE 2000 A 2008**

**STUDY ON PROCEDURES EXODONTICS IN PUBLIC NET
ASSISTENCIAL OF THE PERNAMBUCO STATE, IN THE PERIOD OF 2000 THE
2008**

Wilson Luiz de Menezes CORREIA JÚNIOR ^I

Petrônio José de Lima MARTELLI ^{II}

Fernando Castim PIMENTEL ^{III}

^I Especializando do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife/PE, Brasil.

^{II} Professor adjunto do Departamento de Medicina Social da UFPE, Recife/PE, Brasil.

^{III} Doutorando do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife/PE, Brasil.

Wilson Luiz de Menezes Correia Júnior: R. Padre Anchieta, nº42, apt. 0304, Madalena, Recife - Pernambuco - Brasil, 50710-430.

Telefone: 81 30919550

Email: dr_wilsoncorreia@hotmail.com

Artigo a ser encaminhado para a Revista IJD. International Journal of Dentistry.

RESUMO

No Brasil, a elevada proporção de indivíduos com perda parcial ou total de dentes, a possibilidade de controle desse agravo e os danosos impactos na qualidade de vida das pessoas afetadas desafiam a saúde pública. O presente estudo tem por objetivo analisar os procedimentos exodônticos na rede assistencial pública do estado de Pernambuco, no período de 2000 a 2008. Para a realização deste estudo, foram coletados dados do SIA/SUS, contendo informações sobre os procedimentos exodônticos e procedimentos odontológicos básicos individuais realizados no período estudado, e calculados a proporção de exodontias para analisar a distribuição nos municípios, mesorregiões e Geres do estado de Pernambuco. Os resultados mostraram que houve uma queda no número de extrações dentárias no estado no período analisado, contudo, algumas regiões não acompanharam esta diminuição. Fatores como renda, escolaridade, modelo assistencial vigente, acesso a produtos fluoretados, ausência de reivindicação por parte da população, dentre outros provavelmente influenciaram na quantidade de exodontias. Concluiu-se que, houve uma melhora na proporção de exodontias de maneira geral, contudo, muito ainda há de se conquistar. A reorganização da saúde bucal deve ser analisada, contudo, outros fatores também devem ser considerados, com intuito de diminuir ou evitar novas perdas dentárias.

Palavras-Chave: Cirurgia bucal, Odontalgia, saúde pública.

ABSTRACT

In Brazil, the high proportion of individuals with partial or total loss of teeth, the possibility of controlling this disease and the harmful impacts on the quality of life of people affected public health challenge. The present study aims to examine the procedures exodontics public health care network in the state of Pernambuco, in the period 2000 to 2008. For the accomplishment of this study, they had been collected given of the SIA/SUS, contending information on the exodontics procedures and individual basic odontological procedures carried through in the studied period, and calculated the ratio of exodontias to analyze the distribution in the cities, mesorregions and Geres of the state of Pernambuco the state. The results had shown that it had a fall in the number of dental extractions in elapsing in the state in elapsing of the analyzed period, however, some regions had not folloied this reduction. Factors as income, schooling, effective assistencial model, access the fluorinated products, the absence of claim on the part of the population, amongst others probably influence in the amount of exodontias. It was concluded that there was an improvement in the proportion of extractions in general, however, much remains to achieve. The reorganization of the buccal health must be analyzed, however, other factors also must be considered, with intention to diminish or to prevent new dental losses.

Keywords: Oral Surgery, public health, Toothache.

INTRODUÇÃO

Durante muito tempo, as práticas odontológicas foram centradas na abordagem individual e tecnicista. O tipo de exercício curativista se realizava em detrimento das práticas de promoção e prevenção da saúde. A realização de tais práticas não partia de um planejamento e estudo das ações, estando voltadas para a lógica de mercado¹, e se caracterizava pela intervenção individual e meramente clínica para uma clientela reduzida, ocorrendo, por demanda espontânea, o que ainda é muito visto nos serviços públicos, incluindo a ESF^{2,3}.

Com o intuito de estabelecer um novo paradigma de planejamento e programação da atenção básica, houve a inclusão da saúde bucal à Equipe Saúde da Família (ESF) através da portaria Nº 1.444, de 28 de Dezembro de 2000, quando o Ministério da Saúde (MS) normatizou e passou a incentivar financeiramente a composição de Equipes de Saúde Bucal (ESB)⁴, representando relevante iniciativa de assistência pública, melhorando, ampliando e reorganizando as atividades de saúde bucal segundo os princípios e diretrizes do SUS^{5,6}. A intenção do Ministério da Saúde em estimular a inclusão da Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família é de extrema relevância para o progresso da Odontologia como profissão no Brasil e para melhorar a condição de cidadania dos brasileiros, pois, considerando a saúde bucal como um dos componentes da saúde, essa adquire maior importância, uma vez que ocorre a busca de mecanismos que ampliem suas ações, permitindo a melhoria do quadro epidemiológico no Brasil^{7,8,9}.

As experiências de incorporação da saúde bucal na ESF não apenas transpuseram o espaço de trabalho do Cirurgião-dentista (CD) para além do consultório, mas produziram um ganho significativo, no sentido de reordenamento e reorganização da prática odontológica. Contudo, torna-se de fundamental importância a conscientização dos profissionais quanto ao significado da saúde bucal, no que diz respeito à saúde integral, no âmbito do SUS, a importância da garantia de assistência à saúde prestada ao usuário e segurança do profissional na realização da atividade^{8,10}.

Um dos motivos mais comuns para a procura de cuidado médico-odontológico é a dor de dentes e/ou tecidos periodontais. A dor de dente ou odontalgia pode dificultar ou até mesmo inviabilizar as atividades diárias do indivíduo, como se divertir, trabalhar,

influenciando no seu convívio social com outras pessoas, isto é, esta condição produz um impacto bastante relativo na qualidade de vida do indivíduo^{10,11}.

De forma geral, a causa direta mais comum da dor de dente é a cárie dentária, que afeta dimensões importantes no que diz respeito às populações, sendo esta situação uma das principais causas da extração dentária. As circunstâncias sociais e o padrão de visita ao dentista estão associados com a cárie e com as perdas dentárias¹⁰. Conforme estudos¹², fatores como escassez de profissionais, alto custo dos tratamentos e impedimento físico dificultavam o acesso ao tratamento odontológico, já que a maioria da população estudada morava na zona rural, o que permitia e facilitaria a evolução da cárie, findando muitas vezes em exodontias múltiplas para posterior instalação de prótese como forma de tratamento disponível à época¹².

Um dos piores agravos à saúde bucal é o edentulismo (perda total da dentição). No Brasil, a elevada proporção de indivíduos com perda parcial ou total de dentes, a possibilidade de controle desse agravo e os danosos impactos na qualidade de vida das pessoas afetadas desafiam a saúde pública a minorar esta problemática¹³. De acordo com o projeto SB Brasil 2003, que avalia as condições de saúde bucal, os dados mostraram, por exemplo, que cerca de 60% da população entre 35 e 44 anos e quase 3% dos brasileiros entre 15 e 19 anos usam algum tipo de prótese⁸.

Há uma associação entre o maior número de perdas dentárias com piores condições socioeconômicas. A cárie dentária, como principal causa das perdas, tem maior prevalência e ataca com maior extensão e seriedade grupos menos favorecidos^{12,13,14,15}. Estes têm menos acesso, utilizam menos os serviços preventivos e assistenciais por diversos motivos, consomem mais carboidratos, em especial a sacarose, apresentam higiene bucal insatisfatória e menor acesso e utilização de fluoretos¹⁶. Diante deste problema, há necessidade do conhecimento das realidades locais, a partir de um levantamento epidemiológico e de parâmetros traçados como instrumento de avaliação a fim de (re)organizar o processo de trabalho^{3,7,9}.

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo analisar os procedimentos exodônticos no estado de Pernambuco, no período de 2000 a 2008.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Estudo de caso descritivo, ecológico, exploratório, de tendência temporal, baseado em dados secundários para analisar a distribuição das exodontias no estado de Pernambuco no período de 2000 a 2008. Esse tipo de estudo é útil quando se quer apresentar análises periódicas de situações de saúde para municípios, estados e regiões.

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em 2009, a Estratégia Saúde da Família estava presente em todos os 185 municípios de Pernambuco, dos quais 182 contam com equipes de saúde bucal, com exceção dos municípios de Águas Belas, Belém de São Francisco e Toritama, equivalendo a 98,4% dos municípios do estado. São 1.265 equipes de saúde bucal, responsáveis pela cobertura de 72,9% da população pernambucana, mais de 5,5 milhões de pessoas¹⁷.

A população do estudo foi constituída pelo universo dos procedimentos exodônticos e procedimentos odontológicos básicos individuais realizados no estado de Pernambuco nos anos de 2000 a 2008. Os procedimentos que foram utilizados no presente estudo encontram-se na nova tabela do SIA-SUS (ano 2008). Vale ressaltar que, a partir da NOAS/01, passaram a compor o elenco de procedimentos odontológicos básicos individuais os seguintes procedimentos especializados: Necropulpectomia de dente decíduo/permanente, Glossorrafia e Ulectomia. Os dados do SIA/SUS, disponibilizados pelo Ministério da Saúde através do site www.datasus.gov.br, foram tabulados pelo programa Tabwin versão 3.2.

Foi escolhida “quantidade apresentada” dos procedimentos realizados. Esta opção oferecida pelo Tabnet contém todos os procedimentos informados ao sistema, independente do teto estipulado, facilitando a análise.

O SIA/SUS é um sistema utilizado em todos os níveis de gestão, constituindo-se em importante instrumento de informação sobre a rede de serviços e os procedimentos realizados pelas Unidades de Saúde. SIA/SUS permite a verificação da produção em até três meses após a sua realização¹⁸. Segundo estudos, a consulta ao SIA/SUS permite um acompanhamento da programação da produção ambulatorial odontológica e a construção de alguns indicadores quantitativos das ações desenvolvidas, orientando a avaliação da organização da saúde bucal nos municípios².

Posteriormente à coleta dos dados, foi calculado o indicador “Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais”, contido no Pacto da Atenção Básica,

que apesar de não expressar a cobertura das ações, mostra se os municípios estão priorizando ações básicas individuais mutiladoras.

$$\frac{\text{Número total de exodontias de dentes permanentes}}{\text{Número total de ações básicas individuais}} \times 100$$

Foram calculados os indicadores do Estado de Pernambuco, incluindo as gerências regionais de saúde (GERES), as mesorregiões e os municípios do estado, e os resultados obtidos foram representados em planilhas eletrônicas do software Microsoft Excel (Windows) e através de mapas pelo programa Tabwin versão 3.2. Os parâmetros de classificação para análise dos indicadores foram criados a partir de quartis através de métodos estatísticos, classificando os intervalos como baixo (faixa verde), moderado (faixa amarela) e alto (faixa vermelha). Para análise do comportamento dos indicadores nos municípios, optou-se por trabalhar com um mapa, comparando o valor do indicador dos municípios em 2000 e em 2008, utilizando os valores dos intervalos de 2000 como parâmetros. Para análise das mesorregiões e das Geres utilizou-se os valores de 2008 para a construção de um mapa deste ano das respectivas regiões citadas, além da construção de um gráfico, onde se visualizou o comportamento do indicador estudado nas mesorregiões no decorrer dos anos propostos.

A partir dos dados coletados de Pernambuco neste período para análise dos municípios, o Estado foi estratificado e analisado em suas cinco Mesorregiões (Metropolitana, Agreste, Mata, São Francisco e Sertão) e em nas 11 GERES.

RESULTADOS

A figura 1 mostra a distribuição dos municípios do Estado de Pernambuco, nos anos de 2000 e 2008. No ano de 2000, após a divisão dos 185 municípios do estado de Pernambuco, 25% (n=46) apresentavam proporções de exodontias em relação aos procedimentos básicos individuais no intervalo de 0,00 – 21,15; 50% (n=93) apresentavam indicadores situados no intervalo entre 21,15 – 52,05 e 25% (n=46) dos municípios possuíam indicadores situados no intervalo entre 52,05 – 100,00. No ano de 2008, utilizando-se quartis como em 2000, houve uma redução nos indicadores em 78,38% (n=145) dos municípios.

Realizando um exercício analítico de fazer a distribuição dos municípios com base nos dados de 2008 para as faixas dos quartis de 2000 observou-se que, no ano de 2008, aproximadamente 60,5% dos municípios (n=112) apresentaram indicadores na faixa de 0,00 – 21,15; 33,5% dos municípios (n=62) apresentam indicadores localizados na faixa de 21,15 – 52,05 e 6% dos municípios (n = 11) situaram-se no intervalo entre 52,05 – 100,00. Porém, 21,62% (n=40) dos municípios apresentaram piora nos indicadores. A tabela 1 mostra o quantitativo de municípios situados nos intervalos estudados, nos anos de 2000 e 2008.

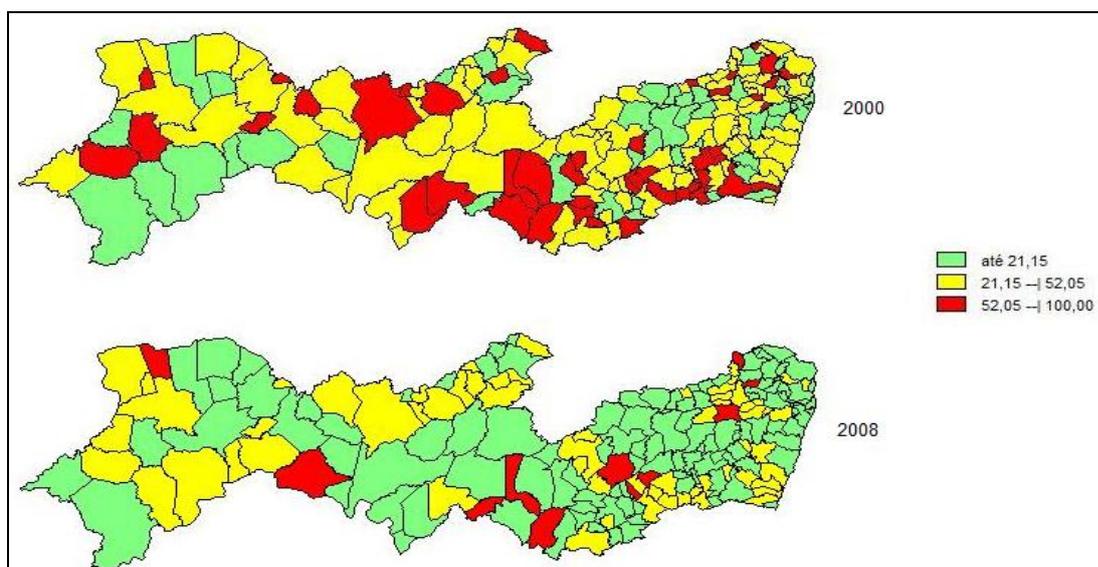


Figura 1. Proporção de exodontias em relação às ações básicas individuais segundo municípios. Pernambuco, 2000 e 2008.

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS – DATASUS

Tabela 1. Número de municípios segundo proporção de exodontias em relação às ações básicas individuais. Pernambuco, 2000 e 2008.

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS – DATASUS

Proporção de exodontias em relação às ações básicas individuais	Ano	
	2000	2008
0,00 – 21,15	46	112
21,15 – 52,05	93	62
52,05 – 100,00	46	11

A figura 2 apresenta a evolução do indicador que mostra a proporção dos procedimentos exodônticos em relação às ações básicas individuais, no período de 2000 a 2008, nas 5 mesorregiões do estado de Pernambuco

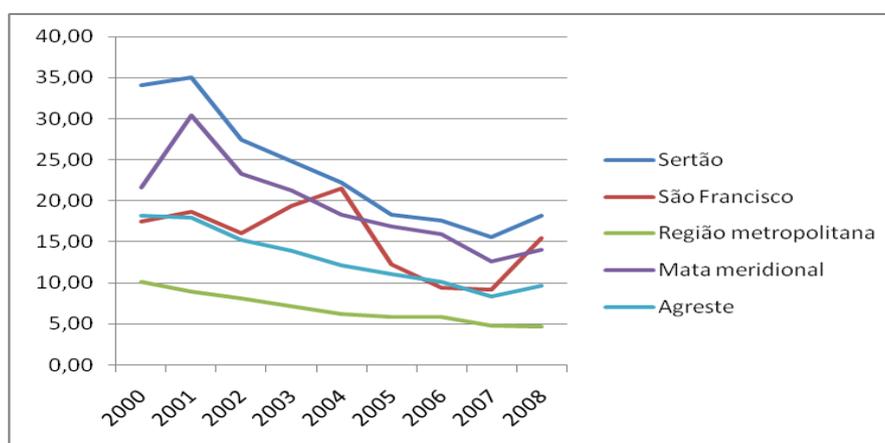


Figura 2. Proporção de exodontias em relação às ações básicas individuais segundo mesorregiões. Pernambuco, 2000 a 2008.

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS – DATASUS

Ao analisar a tabela 2, pode-se identificar o percentual de municípios localizados nas respectivas escalas, segundo seu indicador, por mesorregião, no ano de 2008. Podem-se visualizar que as mesorregiões do Sertão e da Mata Meridional apresentaram mais de 80% dos seus municípios nos intervalos moderado (12,46 – 27,05) e alto (27,05 – 93,58), a mesorregião de São Francisco com mais de 90% dos municípios localizados nestes intervalos e a mesorregião Metropolitana por apresentar mais de 85% dos seus municípios no intervalo classificado neste estudo como baixo (0,00 – 12,46).

A figura 3 mostra a distribuição das cinco mesorregiões com seus respectivos municípios, com base na proporção de exodontias no ano de 2008.

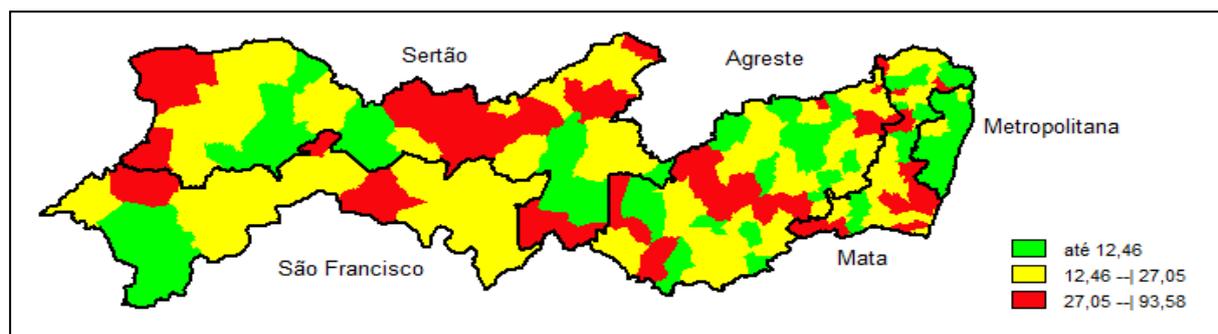


Figura 3. Proporção de exodontias em relação às ações básicas individuais segundo mesorregiões. Pernambuco, 2008.

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS – DATASUS

Tabela 2. Percentual do número municípios segundo proporção de exodontias em relação às ações básicas individuais e mesorregiões. Pernambuco, 2008.

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS – DATASUS

Mesorregião	Proporção de exodontias em relação às ações básicas individuais		
	0,00 – 12,46	12,46 – 27,05	27,05 – 93,58
Sertão	19,51	46,34	34,15
São Francisco	6,25	75,00	18,75
Metropolitana	86,67	13,33	0,00
Mata meridional	19,05	50,00	30,95
Agreste	23,94	53,52	22,54

A tabela 3 mostra o percentual de diminuição dos indicadores nas mesorregiões, entre os anos de 2000 a 2008. Destaque para a mesorregião de Francisco, que obteve a menor redução, com 11,39%.

Tabela 3. Proporção de exodontias em relação às ações básicas individuais e percentuais de diminuição segundo mesorregiões. Pernambuco, 2000 e 2008.

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS – DATASUS

Mesorregião	Ano		Percentual de diminuição
	2000	2008	
Sertão	34,10	18,21	46,60
São Francisco	17,45	15,47	11,39
Metropolitana	10,09	4,65	53,92
Mata meridional	21,67	14,06	35,13
Agreste	18,15	9,61	47,04

A figura 4 mostra o mapa do Estado de Pernambuco, dividido nas suas Gerências Regionais de Saúde (Geres), com seus respectivos municípios, com os indicadores

correspondentes ao ano de 2008. Analisando o mapa, pode-se observar que, no ano de 2008, somente a Geres I não apresentou nenhum município no intervalo considerado alto neste estudo (27,05 – 93,58) e quase 80% dos municípios situados no intervalo 0,00 – 12,46.

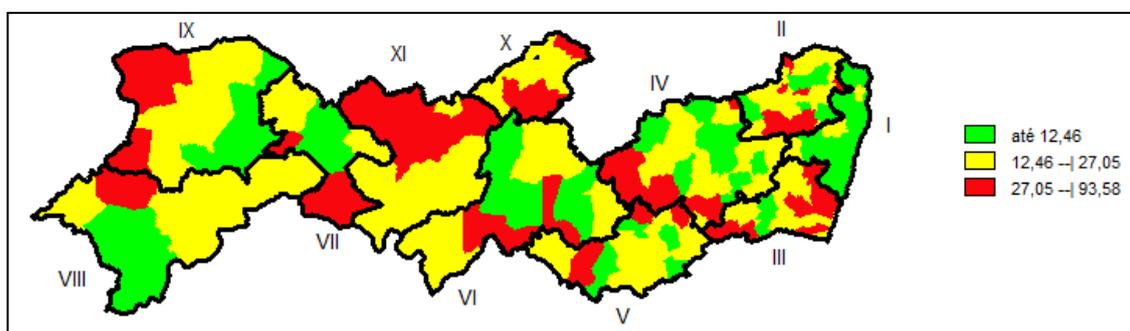


Figura 4. Proporção de exodontias em relação às ações básicas individuais segundo GERES. Pernambuco, 2008.

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS – DATASUS

A tabela 4 apresenta o percentual de municípios localizados nas respectivas escalas, segundo seu indicador, por GERES, no ano de 2008. Destacam-se as GERES II, III, V, VIII, X e XI por apresentar mais de 80% dos respectivos municípios nas faixas consideradas moderada e alta. Pode-se observar também que as GERES X e XI, diferente da GERES I, não apresenta nenhum município no menor intervalo deste estudo.

Tabela 4. Percentual do número de municípios segundo proporção de exodontias em relação às ações básicas individuais e GERES. Pernambuco, 2008.

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS – DATASUS

GERES	Proporção de exodontias em relação às ações básicas individuais		
	0,00 – 12,46	12,46 – 27,05	27,05 – 93,58
I	78,9	21,1	0,0
II	19,4	51,6	29,0
III	9,1	50,0	40,9
IV	31,3	46,9	21,9
V	19,0	61,9	19,0
VI	30,8	46,2	23,1
VII	28,6	42,9	28,6
VIII	14,3	71,4	14,3
IX	27,3	36,4	36,4
X	0,0	66,7	33,3
XI	0,0	60,0	40,0

Tabela 5. Proporção de exodontias em relação às ações básicas individuais segundo GERES. Pernambuco de 2000 a 2008.

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS – DATASUS

GERES	ANO								
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
I	9,97	9,95	8,38	7,45	6,57	6,27	6,13	4,97	5,00
II	26,13	29,16	28,18	26,41	23,04	19,39	16,91	13,92	17,43
III	35,24	29,18	27,52	23,09	17,39	16,91	16,93	14,03	14,16
IV	23,28	20,33	17,04	14,54	10,26	9,77	8,44	7,21	9,81
V	41,00	36,55	33,46	30,62	31,58	27,10	18,45	13,36	16,24
VI	38,22	34,73	24,59	22,85	18,05	13,41	13,75	11,44	14,46
VII	43,42	35,09	26,78	21,97	17,32	11,74	13,79	12,59	15,02
VIII	12,60	15,62	14,95	20,02	28,03	11,52	7,90	8,28	14,80
IX	36,31	28,39	22,52	26,70	23,16	19,27	19,95	18,42	19,58
X	21,58	29,99	23,36	24,48	23,04	19,12	17,22	16,68	21,94
XI	46,85	41,32	34,27	25,17	22,26	29,21	20,89	16,13	22,16

DISCUSSÃO

Hoje, a tendência de reorganização da atenção básica incentivada pelo Ministério da Saúde é a Estratégia Saúde da Família. A Odontologia foi inserida na equipe de saúde da família com o objetivo de trazer a construção de novos processos de trabalho, direcionados para a família, considerando-a uma instituição perene nas relações instituídas pela humanidade, em que há relações pessoais e se conduzem valores éticos, religiosos e culturais¹⁹. Contudo, vale salientar que os principais fatores responsáveis pela diminuição do índice de cárie e, por conseguinte na diminuição de exodontias, são as melhorias das condições de vida da população, a incorporação de flúor ao creme dental, programas preventivos e a fluoretação das águas, este último aplicado minimamente no estado de Pernambuco. A adição de flúor às águas de abastecimento público representa a melhor relação custo-benefício, entre todas as atividades relacionadas às práticas odontológicas. Mesmo assim, várias capitais estaduais não incorporaram flúor às suas águas¹⁶.

Conforme a análise dos resultados, comparando-se os indicadores dos municípios nos anos de 2000 e 2008, observou-se que a maior parte dos municípios apresentou melhora nos indicadores, dando destaque ao intervalo entre 0,00 – 21,15, segundo a figura 1 e a tabela 1. Em 2000, 46 municípios se localizavam neste intervalo, em 2008, 112 municípios

apresentavam o valor do indicador neste patamar, o que equivale a um aumento de 143,48%. Houve melhora nos intervalos correspondentes a 21,15 – 52,02 e 52,05 – 100,00, quando se analisa os anos de 2000 e 2008, com 92 e 46 municípios situados nos intervalos 21,15 – 52,05 e 52,05 – 100,00, respectivamente, no ano de 2000 e, no ano de 2008, 62 e 11 municípios se encontravam nestes mesmos intervalos, respectivamente. No total, 78,38% (n=145) dos municípios apresentaram diminuição nos indicadores. Contudo, 21,62% dos municípios (n=40) apresentaram estagnação ou piora nos seus indicadores.

Em decorrência da dificuldade que alguns municípios de Pernambuco apresentam na estruturação da saúde bucal à luz da Estratégia Saúde da Família, o monitoramento e a avaliação das ações desenvolvidas, assim como o conhecimento do perfil epidemiológico da população podem marcar o início do desenvolvimento de ações prioritárias e o redirecionamento do modelo assistencial em Saúde Bucal^{8,9,20}.

Ao analisar as mesorregiões de PE, a partir da figura 2, pode-se observar que houve uma melhora nos indicadores no decorrer do período analisado, destacando a diminuição nos indicadores as mesorregiões da Mata e do Sertão Pernambucano, e a mesorregião metropolitana por apresentar o menor indicador no decorrer dos anos. A figura 3 mostra a situação dos indicadores que analisam a proporção de exodontias para procedimentos básicos individuais, com os valores calculados para o ano de 2008. Destaca-se a mesorregião metropolitana, por não apresentar nenhum município no intervalo de 27,05 – 93,58 e por apresentar 86,67% dos municípios no menor intervalo do estudo. Tal situação pode ser atribuída provavelmente à melhor qualidade de vida dos habitantes desta região, quando comparada às demais, que por consequência tende a apresentar um grau de escolaridade alto, melhor alimentação e renda, com possibilidade de adquirir produtos que previnem cárie dentária, como cremes dentais e fio dental com mais facilidade¹⁵. Estudos concluíram que há uma associação entre indicadores da atenção básica em saúde bucal e as condições socioeconômicas da população²¹ e que há evidências que, enquanto indivíduos com menor renda e menor grau de escolaridade frequentam o dentista por problemas de saúde bucal autopercebidos, indivíduos com melhores níveis de escolaridade visitam o dentista para consultas preventivas e supervisão²².

Embora as mesorregiões do Sertão, da Mata e do São Francisco apresentaram mais de 80% de municípios cujos indicadores situem-se nos intervalos 12,46 – 27,05 e 27,05 – 93,58, no ano de 2008 segundo a tabela 2, estas mesorregiões apresentaram diminuição nos indicadores, como mostra a figura 2. Na tabela 3, quando se compara os anos de 2000 e 2008,

pode-se observar que houve uma diminuição dos indicadores em todas as mesorregiões, destacando-se as mesorregiões Metropolitana e do São Francisco, com a maior e a menor diminuição, respectivamente. Deve-se ainda mencionar que as dimensões da mesorregião do Sertão foram as maiores, com área total relativa de 39,0%, o que tornaria a dificuldade de acesso ao tratamento maior, contudo, mesmo com este problema, houve diminuição do valor do indicador. O acesso a serviços de saúde ainda é um problema muito debatido pelos gestores, profissionais de saúde e comunidade².

Ao analisar a figura 4, destaca-se a Geres I, a qual não apresenta nenhum município com indicador localizado no intervalo mais alto, e com 78,9% dos municípios no menor intervalo, contrastando com as GERES X e XI, que não apresentam nenhum município neste intervalo. A tabela 4 mostra que, as Geres II, III, V, VIII, X e XI apresentaram mais de 80% dos respectivos municípios nas faixas consideradas moderada e alta neste estudo.

A tabela 5 mostra os valores dos indicadores no período estudado segundo GERES. Pode-se observar que houve uma melhora nos indicadores no decorrer dos anos, com pequenas oscilações, com exceção das GERES VIII, que apresentou um incremento de oscilações no indicador, quando comparada às demais GERES. Vale salientar que todas as GERES apresentaram aumento no valor do indicador no ano de 2008.

Possíveis explicações para estes resultados seriam a ineficiência das ações de saúde bucal associada a outros fatores tais como condições socioeconômicas desfavoráveis²², baixo grau de escolaridade, acesso deficiente, influência cultural e política. Em determinadas regiões, indivíduos esperam épocas de eleição para extrair o dente sem custos financeiros, mas sim em troca de votos para o candidato²³.

O reflexo destes possíveis fatores na população pode ser observado no uso de próteses dentárias. Neste estudo, pudemos observar que há contrastes regionais, no que diz respeito à extração dentária. Segundo o projeto SB Brasil (2003), tais diferenças também são gritantes, em se tratando da necessidade do uso de prótese dentária. Quanto ao uso, adolescentes das Regiões Norte e Nordeste apresentam as percentagens mais significativas do uso de um determinado tipo de prótese dentária, destacando-se as próteses parciais removíveis (PPR) na faixa etária de 15 a 19 anos e as próteses totais nas faixas etárias de 35 a 44 anos e 65 a 74 anos⁸. De forma geral, a causa direta mais comum da dor de dente é a cárie dentária, sendo esta situação uma das principais causas da extração dentária^{10,12,13}.

Conforme estudos realizados sobre perdas dentárias, os fatores considerados pelos entrevistados como causas, além da cárie dentária, foram: o acesso a serviços odontológicos,

seja por escassez de profissionais odontólogos ou por impedimento físico; o alto custo do tratamento e; a precária condição da população estudada¹². Historicamente no Brasil, à população adulta têm sido destinados os serviços de urgências odontológicas, em sua maior parte causadas por dor, que comumente tem como desfecho a perda dentária, situação que na maior parte dos casos, poderia ser evitada^{10,13}. O edentulismo é um grave problema de saúde pública no Brasil⁷ e é reflexo de uma complexa rede de fatores, que incluem determinantes sociais, culturais e o modelo assistencial vigente (mercantilista)^{24,25}.

Conforme estudos, levando-se em conta todas as alterações que a perda dentária causa nos indivíduos, e que o serviço público apresenta maior prevalência de (extrações dentárias), há a necessidade de uma reorganização deste modelo, visto que, se o serviço público extrai mais dentes, logo, é um serviço que com menor resolutividade, onde há possibilidades remotas de tratamentos mais conservadores que, por fim, inviabilizariam a perda dentária¹³.

O edentulismo ainda é aceito pela sociedade como uma situação normal e natural, inerente ao avanço da idade, e não como reflexo da deficiência e/ou ausência de políticas públicas no campo da saúde bucal²⁶. Em muitos casos, a decisão de extrair todos os dentes foi do próprio paciente, todavia, em algumas situações, a decisão pelas exodontias foi fortemente influenciada pelo Cirurgião-Dentista¹², situação que reflete tanto a naturalidade com que o indivíduo vê a ausência dentária como o despreparo de alguns profissionais odontólogos para lidar com esta situação.

A conscientização da população em reivindicar seus direitos à saúde bucal é de fundamental importância para a mudança não somente nesses municípios, mas sim em todos, para que os indicadores melhorem, mostrando diminuição nas perdas dentárias. Contudo, a população está insatisfeita com o atendimento prestado, recrimina o sistema de saúde bucal, porém não se organiza para reivindicar mudanças e exigir sua participação no processo. Conforme estudos, somente cidadania organizada pode cobrar um desempenho mais efetivo dos serviços de saúde públicos²⁷.

CONCLUSÃO

Este estudo mostrou a mudança ocorrida no decorrer destes 8 anos no indicador estudado. Embora os resultados tenham mostrado melhora nos indicadores, muito ainda há de se conseguir. Além da reorganização da saúde bucal, outros fatores devem ser analisados, visando diminuir ou evitar novas perdas dentárias. Espera-se com este trabalho fornecer subsídios que demonstrarão a necessidade de uma reorientação da Odontologia no âmbito público, e contribuir para a elaboração de políticas voltadas para a reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica, visando à prevenção de novas perdas dentárias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zanetti CHG, Lima MAU, Ramos L, Costa MABT. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. *Divulgação em Saúde para Debate* 1996; 13: 18-35.
2. Pimentel, FC. *Análise da Atenção à Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife-PE*, 2008.
3. Narvai, PC. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1994.
4. Martelli, PJJ. *Análise da atenção em saúde bucal no nível municipal: caracterização do modelo assistencial*. [Dissertação]. Recife (PE): Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
5. Zanetti CHG. *Opinião: a inclusão da Saúde Bucal nos PACS/PSF e as novas possibilidades de avanços no SUS*. [Acessado em 2009 Set 02]. Disponível em: <<http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/>>.
6. Zanetti CHG. *Por um caminho sustentável para universalização da atenção básica*. Departamento de Odontologia, Unb. Brasília, 2000. [Acesso em 2009 Ago 29]. Disponível em: <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo_amplo/psf_caminho.htm>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde Bucal. Cadernos de Atenção Básica - n.º 17*. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. *Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira, 2002-2003: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Ministério da Saúde, 2004.
10. Lacerda JT, Simionato EM, Peres KG, Peres MA, Traebert J, Marcenes W. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. *Rev Saúde Pública* 2004; 38: 453-8.
11. Okeson JP. *Dores Bucofaciais de Bell*. 5. ed. São Paulo: Quintessence, 1998.
12. Hiramatsu, DA, Tomita NE, Franco JL. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(4):1051-1056.

13. Barbato PR, Nagano HCM, Zanchet FN, Boing AF, Peres, MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(8):1803-1814.
14. Barbato PR & Peres MA. Perdas dentárias em adolescentes brasileiros e fatores associados: estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(1):13-25.
15. Alexandre GC, Nadanovsky P, Lopes CS, Faerstein E. Prevalência e fatores associados à ocorrência da dor de dente que impediu a realização de tarefas habituais em uma população de funcionários públicos no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(5):1073-1078.
16. Narvai PC, Castellanos RA, Frazão P. Prevalência de cárie em dentes permanentes de escolares do Município de São Paulo, SP, 1970-1996. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(2):196-200.
17. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. [Acesso em 2009 Set 17]. Disponível em:
<http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp?VEstado=26&VComp=>>.
18. SES/MG - Secretaria de Saúde de Minas Gerais. Superintendência de Atenção à Saúde. Diretoria de Normalização de Atenção à Saúde. Coordenação Estadual de Saúde Bucal. Linha Guia de Saúde Bucal. Belo Horizonte, em publicação.
19. Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(sup): 297-302.
20. Martelli PJJ, Cabral APS, Pimentel FC, Macedo CLSV, Monteiro IS, Silva SF. Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008; 13(5):1669-1674.
21. Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(6): 930-6.
22. Bastos JL, Gigante DP, Peres KG, Nedel FB. Determinação social da odontalgia em estudos epidemiológicos: revisão teórica e proposta de um modelo conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(6):1611-1621.
23. Moreira TP, Nations MK, Alves MSCF. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(6):1383-1392.
24. Antunes JL & Peres MA. Fundamentos de Odontologia: Epidemiologia da Saúde Bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

25. Narvai PC & Frazão P. Saúde bucal no Brasil: Muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

26. Pucca Jr. GA. A saúde bucal do idoso? Aspectos demográficos e epidemiológicos. Medcenter 2000. [Acesso em 2009 Ago 31]. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/>>.

27. Vargas ADM & Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. Ciência & Saúde Coletiva 2005; 10(4):1015-1024.