



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
**FACULDADE DE ODONTOLOGIA**



**TATIANE ABADIA DE OLIVEIRA**

**O ACESSO À SAÚDE BUCAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
NAS REGIÕES BRASILEIRAS: UM ESTUDO ECOLÓGICO DE TENDÊNCIA  
TEMPORAL**

**UBERLÂNDIA**

**2024**

TATIANE ABADIA DE OLIVEIRA

**O ACESSO À SAÚDE BUCAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
NAS REGIÕES BRASILEIRAS: UM ESTUDO ECOLÓGICO DE TENDÊNCIA  
TEMPORAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado  
a Faculdade de Odontologia da UFU, como  
requisito parcial para obtenção do título de  
Graduado em Odontologia

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Jaqueline Vilela  
Bulgareli

UBERLÂNDIA

2024

## **Resumo**

O objetivo deste estudo foi analisar a evolução histórica dos indicadores de acesso da população ao cuidado em saúde bucal no contexto da Atenção Primária à Saúde nas regiões do Brasil. Estudo ecológico de dados secundários de domínio público coletados nas bases de dados do Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor), Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) nos últimos 15 anos (2007 a 2021). Considerou-se as variáveis: municípios, regiões de saúde, macrorregiões de saúde, indicador de cobertura das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família/Atenção Básica e o indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática. Posteriormente foi realizada uma análise estatística da média ponderada e apresentada as frequências absolutas e relativas em tabelas e gráficos. A região que apresentou os maiores percentuais de população coberta pelas equipes de saúde bucal foi o Nordeste. A região Centro-Oeste apresentou o percentual mais baixo; e todas as regiões apresentaram uma redução da cobertura total ao longo dos anos. A cobertura da primeira consulta odontológica programática obteve dados variados ao longo do período, observando uma redução acentuada na média do indicador do ano de 2007 (12,81%) a 2021 (3,79 %). Conclui-se que houve uma diminuição nos indicadores avaliados, impactando diretamente no acesso ao serviço odontológico pela população brasileira.

**Palavras-chaves:** Saúde Bucal; Sistemas de Informação em Saúde; Atenção Primária à Saúde.

**Abstract**

To analyze the historical evolution of access indicators for the population to oral health care in the context of Primary Health Care in the regions of Brazil. Ecological study of public domain secondary data collected in the databases of the Primary Care Information and Management System (e-Gestor), the Health Information System for Primary Care (SISAB) and the SUS Outpatient Information System (SIA/ SUS) in the last 15 years (2007 to 2021). The variables were considered: municipalities, health regions, health macro-regions, indicator of coverage of oral health teams in the Family Health Strategy/Primary Care and the indicator of coverage of the first programmatic dental consultation. Subsequently, a statistical analysis of the weighted average was carried out and the absolute and relative frequencies were presented in tables and graphs. The region with the highest percentage of population covered by oral health teams was the Northeast. The Central-West region had the lowest percentage; and all regions showed a reduction in total coverage over the years. The coverage of the first programmatic dental consultation obtained varied data throughout the period, observing a sharp reduction in the average indicator from 2007 (12,81 %) to 2021 (3.79 %). It is concluded that there was a decrease in the indicators evaluated, directly impacting access to dental services by the Brazilian population.

**Keywords:** Oral Health; Health Information Systems; Primary Health Care.

## SUMÁRIO

Resumo.....	3
Abstract .....	4
1 Introdução .....	6
2 Metodologia .....	8
3 Resultados .....	9
4 Discussão.....	17
5 Conclusão.....	21
6 Referências Bibliográficas .....	22

## 1 Introdução

A partir do século XX, as práticas de saúde no Brasil exibiam uma visão majoritariamente curativista e mecanicista, focada no ambiente hospitalar, com carência de medidas preventivas e abordagens menos humanizada dos pacientes; conseqüentemente, era necessário romper esse tipo de assistência médica (Rocha *et al.*, 2022). Como forma de reorganização do modelo assistencial, foi instituído em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente estruturado como Estratégia Saúde da Família (ESF) (Pinho *et al.*, 2015). Esta estratégia visa tornar o atual modelo de saúde do País mais integral, universal, descentralizado e participativo (Rocha *et al.*, 2022).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) está no centro das ações e investimentos governamentais para transformação do modelo de atenção à saúde. Do ponto de vista do modelo integral de vigilância em saúde, a ESF integra tecnologias leves de cuidado em ações multidisciplinares de oferta organizada e programática, integradas com intervenções nos determinantes sociais e políticas públicas, ambiente privilegiado da promoção da saúde (Martinelli *et al.*, 2021).

A inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) a nível nacional, embora facultativa, aconteceu oito anos após a criação da ESF, na tentativa de reorganizar o modelo de oferta de cuidado em saúde bucal a nível da Atenção Primária à Saúde (APS). Deste modo, a incorporação da saúde bucal na ESF procurou romper com a prática odontológica excludente, tecnicista e biologicista, criando, deste modo, oportunidade de transformação no processo de trabalho (Lucena *et al.*, 2020).

Historicamente, a inserção da prática odontológica no Sistema Único de Saúde (SUS) aconteceu paralelamente à organização dos demais serviços de saúde, oferecendo ações voltadas à atenção materno-infantil e escolar, com abordagem preventiva restrita a esse grupo populacional. Além disso, o perfil mutilador das ações de saúde bucal que se desenvolveram até o início do século XXI culminou em alta prevalência de desdentados, o que acarretou na mudança das práticas em saúde bucal (Lucena *et al.*, 2020).

No entanto, o acesso à saúde bucal ainda possui limitações, como a escassez de equipamentos e serviços odontológicos, ainda não ofertados pelo SUS e persistência das desigualdades econômicas aos serviços de saúde bucal. Ademais, a quantidade de

cirurgiões-dentistas no Brasil não se apresenta de maneira uniforme entre as regiões, nem de forma igualitária nos setores público e privado (Rocha *et al.*, 2022).

Estima-se que houve um aumento exponencialmente da implantação de equipes de saúde bucal na atenção primária, mas é necessário avançar na avaliação e acompanhamento dessas equipes. Para entender melhor o desenvolvimento dessa implantação, deve-se atentar para a realidade do Brasil, que enfrenta uma constante exclusão social, pois os recursos econômicos e as políticas sociais implementadas ainda não satisfazem as desigualdades sociais no Brasil (Pinho *et al.*, 2015).

Nesse sentido, enfatiza-se a necessidade de avaliar e monitorar os resultados de sua implementação no que diz respeito à organização, prestação de serviços e a geração de impactos na saúde (Pinho *et al.*, 2015). Diante disso, o objetivo deste estudo foi analisar a evolução histórica dos indicadores de acesso da população ao cuidado em saúde bucal no contexto da Atenção Primária à Saúde nas regiões do Brasil.

## 2 Metodologia

O presente estudo trata-se de estudo ecológico, utilizando dados secundários da população coberta pelas equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESFSB)/Atenção Básica (ABSB), desenvolvido a partir da base de dados do Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor) /SISAB (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica) e DATASUS- SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS) dos últimos quinze anos.

Os dados comparativos da pesquisa coletados, incluíram os anos de 2007 a 2021, considerando as variáveis: municípios, regiões de saúde, macrorregiões de saúde, indicador de cobertura das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família/Atenção Básica (ESFSB/AB SB) e o Indicador de Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática (CPCO) para as 27 Unidades Federativas do Brasil. É importante ressaltar que dezembro de 2021 é o último período disponibilizado.

Para a tabulação dos dados do indicador CPCO foi necessário a realização de duas buscas. Primeiro, para o período de 2007 e 2008 até março de 2013, os dados foram coletados no DATASUS- SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS). Já a partir de abril de 2013, os dados foram coletados do SISAB (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica). Para a população estimada, foi realizada uma busca no site DATASUS- População residente (Estimativas para o TCU).

A partir dos dados do CPCO e da população estimada foi realizado um cálculo utilizando a seguinte fórmula do Ministério da Saúde (MS): número total de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado local e período/população no mesmo local e período x 100). Esses dados foram calculados utilizando o programa Microsoft Excel (versão 2023).

Por tratar-se de um estudo baseado em dados secundários públicos, a pesquisa não foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), estando de acordo com a Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016, a qual dispõe que pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual não serão registradas nem avaliadas pelo CEP. O checklist RECORD (Benchimol *et al.*, 2015) foi utilizado na elaboração do manuscrito.



### 3 Resultados

As análises descritivas sobre Cobertura de Saúde Bucal por Unidade Federativa (U.F) estão presentes nas (tabelas 1, 2, 3, 4 e 5) e são divididas por períodos de gestão do Governo Federal.

A tabela 1 compreende o período de 2007 a 2010, os Estados que apresentaram os melhores percentuais de População Coberta em Saúde Bucal pela ABSB/ESFSB foram: Paraíba (95,41/91,67 %), seguidos de Piauí (87,73/ 86,81 %), Rio Grande do Norte (85,41/77,81 %) e Tocantins (84,54/76,73 %) e o Distrito Federal (15,50/03,04 %) apresentou o percentual mais baixo.

Posteriormente, para o período de 2011 a 2014 (tabela 2), os Estados que apresentaram os melhores percentuais de População Coberta em Saúde Bucal pela ABSB/ESFSB foram os mesmos do período passado: Piauí (96,93/94,93 %), seguidos de Paraíba (94,00/89,48 %), Rio Grande do Norte (83,53/77,05 %) e Tocantins (81,75/75,86 %) e o Distrito Federal (25,04/09,89 %), o percentual mais baixo.

Para o período de 2015 (tabela 3), os Estados que apresentaram os melhores percentuais de População Coberta em Saúde Bucal pela ABSB/ESFSB também foram: Piauí (97,49/ 95,52 %), seguidos de Paraíba (93,51/ 88,75 %), Rio Grande do Norte (80,93/ 76,48 %) e Tocantins (83,81/ 77,14 %) e o Distrito Federal (26,23/10,40 %), o percentual mais baixo.

De tal modo como nos períodos anteriores, para o período de 2016 a 2018 (tabela 4), os Estados que apresentaram os melhores percentuais de População Coberta em Saúde Bucal pela ABSB/ESFSB foram: Piauí (97,54/ 97,31 %), seguidos de Paraíba (92,10/ 87,99 %), Rio Grande do Norte (76,05/ 71,59 %) e Tocantins (88,33/ 83,54 %) e o Distrito Federal (27,92/21,67 %), o percentual mais baixo.

E por fim, para o período de 2019 a 2021 (tabela 5), os Estados que apresentaram os melhores percentuais de População Coberta em Saúde Bucal pela ABSB/ESFSB continuaram sendo: Piauí (96,23/ 96,18 %), seguidos de Paraíba (93,12/ 89,42 %), Rio Grande do Norte (80,69/ 77,26 %) e Tocantins (90,34/ 86,81 %) respectivamente, e o Distrito Federal (33,62/25,29 %), o percentual mais baixo.

Para a cobertura de primeira consulta odontológica programática por Unidade Federativa, os dados serão apresentados na tabela 6. O CPCO obteve dados variados ao longo do período, observou-se redução acentuada na média do indicador no ano de 2007 (12,81%) a 2021 (3,79 %). Entre 2007 e 2010, os melhores índices foram para os Estados de Tocantins (159,9 %), Sergipe (147,2%) e Roraima (111,2 %), o Estado com o pior índice foi o Distrito Federal (30,95 %). Para o período de 2011 a 2014, prevaleceram os Estados de Maranhão (74,22%), Roraima (73,33) e Mato Grosso do Sul (71,37%) e os pior resultado foi para o Rio de Janeiro (13,06%). Já para o ano de 2015, os Estados que se destacaram foram Rio Grande do Norte (04,64%), Mato Grosso do Sul (03,71%) e Bahia (03,57%) e Roraima apresentou a pior cobertura (00,26 %). Entre 2016 e 2018, os Estados com melhores índices foram Paraíba (25,99 %), Alagoas (25,08 %) e Piauí (23,62%) e o pior foi o Distrito Federal (02,09 %). E entre 2019 e 2021, os Estados com melhores resultados foram Paraíba (22,63 %), Alagoas (20,73 %) e Piauí (19,08 %) e a pior cobertura se deu em Roraima (03,95 %).

Tabela 1: Cobertura de Saúde Bucal por Unidade Federativa (U.F) no período de 2007 a 2010.

Unidade Federativa	Municípios	Regiões de Saúde	Macrorregiões de Saúde	População coberta	
				AB SB (%)	ESFSB (%)
Acre	22	3	1	62,22	45,72
Alagoas	102	10	2	70,88	61,62
Amapá	16	3	1	69,65	56,00
Amazonas	62	9	3	42,06	31,12
Bahia	417	28	9	53,55	47,14
Ceará	184	22	5	58,67	56,90
Distrito Federal	1	1	1	15,50	03,04
Espírito Santo	78	3	3	59,17	38,10
Goiás	246	18	5	62,79	49,97
Maranhão	217	19	3	66,43	61,54
Mato Grosso	141	16	5	50,85	43,80
Mato Grosso do Sul	78	4	4	77,59	60,70
Minas Gerais	853	89	14	56,78	38,28
Pará	143	13	4	33,39	24,84
Paraíba	223	16	3	95,41	91,67
Paraná	399	22	4	58,53	37,73
Pernambuco	185	12	4	61,37	55,65
Piauí	224	11	4	87,73	86,81
Rio de Janeiro	92	9	1	31,28	17,47
Rio Grande do Norte	167	8	2	85,41	77,81
Rio Grande do Sul	496	30	7	43,27	21,01
Rondônia	52	7	2	38,24	34,03
Roraima	15	2	1	57,60	39,91
Santa Catarina	293	17	7	61,62	43,01
São Paulo	645	63	17	35,55	13,61
Sergipe	75	7	1	74,75	68,45
Tocantins	139	8	2	84,54	76,73

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do e-Gestor Atenção Básica.

**Tabela 2: Cobertura de Saúde Bucal por Unidade Federativa (U.F) no período de 2011 a 2014.**

Unidade Federativa	Municípios	Regiões de Saúde	Macrorregiões de Saúde	População coberta	
				AB SB (%)	ESFSB (%)
<b>Acre</b>	22	3	1	66,40	52,78
<b>Alagoas</b>	102	10	2	71,44	63,90
<b>Amapá</b>	16	3	1	63,90	38,21
<b>Amazonas</b>	62	9	3	48,01	36,84
<b>Bahia</b>	417	28	9	56,93	51,01
<b>Ceará</b>	184	22	5	63,71	58,96
<b>Distrito Federal</b>	1	1	1	25,04	09,89
<b>Espírito Santo</b>	78	3	3	58,33	38,74
<b>Goiás</b>	246	18	5	58,83	49,53
<b>Maranhão</b>	217	19	3	63,21	58,90
<b>Mato Grosso</b>	141	16	5	55,45	47,08
<b>Mato Grosso do Sul</b>	79	4	4	80,43	65,36
<b>Minas Gerais</b>	853	89	14	60,59	44,39
<b>Pará</b>	144	13	4	38,02	29,22
<b>Paraíba</b>	223	16	3	94,00	89,48
<b>Paraná</b>	399	22	4	57,94	40,45
<b>Pernambuco</b>	185	12	4	60,37	55,75
<b>Piauí</b>	224	11	4	96,93	94,93
<b>Rio de Janeiro</b>	92	9	1	36,91	23,89
<b>Rio Grande do Norte</b>	167	8	2	83,53	77,05
<b>Rio Grande do Sul</b>	497	30	7	44,40	26,78
<b>Rondônia</b>	52	7	2	42,69	35,50
<b>Roraima</b>	15	2	1	46,46	30,48
<b>Santa Catarina</b>	295	17	7	62,24	48,38
<b>São Paulo</b>	645	63	17	35,24	16,52
<b>Sergipe</b>	75	7	1	74,16	69,26
<b>Tocantins</b>	139	8	2	81,75	75,86

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do e-Gestor Atenção Básica.

Tabela 3: Cobertura de Saúde Bucal por Unidade Federativa (U.F) no período de 2015.

Unidade Federativa	Municípios	Regiões de Saúde	Macrorregiões de Saúde	População coberta AB SB (%)	População coberta ESFSB (%)
Acre	22	3	1	66,70	53,96
Alagoas	102	10	2	69,57	63,44
Amapá	16	3	1	50,44	39,35
Amazonas	62	9	3	47,66	36,84
Bahia	417	28	9	56,51	51,38
Ceará	184	22	5	65,38	61,89
Distrito Federal	1	1	1	26,23	10,40
Espírito Santo	78	3	3	55,79	37,78
Goiás	246	18	5	57,70	49,04
Maranhão	217	19	3	63,47	59,56
Mato Grosso	141	16	5	53,55	47,43
Mato Grosso do Sul	79	4	4	79,37	65,36
Minas Gerais	853	89	14	60,15	45,61
Pará	144	13	4	38,53	31,02
Paraíba	223	16	3	93,51	88,75
Paraná	399	22	4	56,18	40,01
Pernambuco	185	12	4	61,04	56,59
Piauí	224	11	4	97,49	95,52
Rio de Janeiro	92	9	1	36,16	23,39
Rio Grande do Norte	167	8	2	80,93	76,48
Rio Grande do Sul	497	30	7	44,24	28,26
Rondônia	52	7	2	38,65	31,49
Roraima	15	2	1	45,91	31,14
Santa Catarina	295	17	7	60,89	48,90
São Paulo	645	63	17	35,47	16,74
Sergipe	75	7	1	74,51	69,18
Tocantins	139	8	2	83,81	77,14

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do e-Gestor Atenção Básica.

**Tabela 4: Cobertura de Saúde Bucal por Unidade Federativa (U.F) no período de 2016 a 2018.**

<b>Unidade Federativa</b>	<b>Municípios</b>	<b>Regiões de Saúde</b>	<b>Macrorregiões de Saúde</b>	<b>População coberta AB SB (%)</b>	<b>População coberta ESFSB (%)</b>
<b>Acre</b>	22	3	1	68,36	55,94
<b>Alagoas</b>	102	10	2	70,87	64,32
<b>Amapá</b>	16	3	1	64,30	46,25
<b>Amazonas</b>	62	9	3	47,65	39,39
<b>Bahia</b>	417	28	9	63,17	56,36
<b>Ceará</b>	184	22	5	66,89	64,37
<b>Distrito Federal</b>	1	1	1	27,92	21,67
<b>Espírito Santo</b>	78	3	3	52,79	35,10
<b>Goiás</b>	246	18	5	60,20	51,89
<b>Maranhão</b>	217	19	3	68,34	65,46
<b>Mato Grosso</b>	141	16	5	56,90	51,10
<b>Mato Grosso do Sul</b>	79	4	4	77,83	67,78
<b>Minas Gerais</b>	853	89	14	61,55	49,38
<b>Pará</b>	144	13	4	43,17	35,50
<b>Paraíba</b>	223	16	3	92,10	87,99
<b>Paraná</b>	399	22	4	52,85	37,12
<b>Pernambuco</b>	185	12	4	64,49	60,45
<b>Piauí</b>	224	11	4	97,54	97,31
<b>Rio de Janeiro</b>	92	9	1	34,76	24,74
<b>Rio Grande do Norte</b>	167	8	2	76,05	71,59
<b>Rio Grande do Sul</b>	497	30	7	43,73	30,14
<b>Rondônia</b>	52	7	2	32,08	27,70
<b>Roraima</b>	15	2	1	50,43	37,11
<b>Santa Catarina</b>	295	17	7	58,90	46,61
<b>São Paulo</b>	645	63	17	34,21	17,46
<b>Sergipe</b>	75	7	1	75,67	67,79
<b>Tocantins</b>	139	8	2	88,33	83,54

**Fonte:** Elaboração própria, com base em dados do e-Gestor Atenção Básica.

**Tabela 5: Cobertura de Saúde Bucal por Unidade Federativa (U.F) no período de 2019 a 2021.**

Unidade Federativa	Municípios	Regiões de Saúde	Macrorregiões de Saúde	População coberta	População coberta
				AB SB (%)	ESFSB (%)
<b>Acre</b>	22	3	1	67,56	53,10
<b>Alagoas</b>	102	10	2	73,61	67,80
<b>Amapá</b>	16	3	1	76,49	53,72
<b>Amazonas</b>	62	9	3	52,80	45,98
<b>Bahia</b>	417	28	9	71,35	65,40
<b>Ceará</b>	184	22	5	73,77	70,14
<b>Distrito Federal</b>	1	1	1	33,62	25,29
<b>Espírito Santo</b>	78	3	3	58,76	45,42
<b>Goiás</b>	246	18	5	60,41	52,08
<b>Maranhão</b>	217	19	3	73,87	71,42
<b>Mato Grosso</b>	141	16	5	62,66	57,32
<b>Mato Grosso do Sul</b>	79	4	4	78,18	71,63
<b>Minas Gerais</b>	853	89	14	64,66	52,53
<b>Pará</b>	144	13	4	49,56	41,67
<b>Paraíba</b>	223	16	3	93,12	89,42
<b>Paraná</b>	399	22	4	56,30	38,37
<b>Pernambuco</b>	185	12	4	68,66	64,45
<b>Piauí</b>	224	11	4	96,23	96,18
<b>Rio de Janeiro</b>	92	9	1	37,22	26,95
<b>Rio Grande do Norte</b>	167	8	2	80,69	77,26
<b>Rio Grande do Sul</b>	497	30	7	50,42	34,36
<b>Rondônia</b>	52	7	2	37,10	30,31
<b>Roraima</b>	15	2	1	44,95	37,54
<b>Santa Catarina</b>	295	17	7	66,71	52,14
<b>São Paulo</b>	645	63	17	36,91	21,47
<b>Sergipe</b>	75	7	1	71,35	65,18
<b>Tocantins</b>	139	8	2	90,34	86,81

**Fonte:** Elaboração própria, com base em dados do e-Gestor Atenção Básica.

**Tabela 6: Cobertura da primeira consulta odontológica programática (CPCO) por Unidade Federativa.**

Unidade Federativa	Cobertura da primeira consulta odontológica programática (%)														
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Acre	10,23	09,13	10,02	09,49	10,51	08,84	01,75	00,46	01,29	02,09	03,50	03,89	03,30	00,94	01,95
Alagoas	13,16	13,60	13,14	11,89	11,77	24,50	02,97	00,15	01,89	06,13	08,72	10,22	09,40	03,93	07,39
Amapá	10,20	30,83	10,70	07,99	08,42	07,58	01,29	01,13	01,78	02,32	02,64	03,07	03,30	02,00	03,21
Amazonas	14,09	14,25	13,22	11,42	12,32	08,56	02,02	00,61	02,40	03,83	04,33	05,38	06,16	02,99	04,55
Bahia	12,66	13,91	11,85	12,39	16,82	30,97	04,08	01,46	03,57	03,92	04,29	05,09	05,21	01,84	04,15
Ceará	10,63	12,91	12,37	12,22	10,58	11,00	02,08	00,16	01,91	03,87	05,35	05,74	06,56	02,94	04,55
Distrito Federal	07,21	07,60	07,39	08,73	10,14	06,04	01,31	00,00	00,00	00,28	00,42	01,38	01,86	00,65	01,48
Espírito Santo	09,16	08,74	09,27	09,17	13,51	08,37	01,49	00,27	01,22	02,14	02,93	03,16	02,23	00,90	01,89
Goiás	12,30	10,72	13,95	12,31	15,61	09,65	02,06	00,36	01,10	01,61	02,83	03,77	03,84	01,82	02,86
Maranhão	18,66	17,57	22,49	32,00	34,34	31,83	06,60	01,43	02,46	02,92	04,41	05,12	05,53	02,10	04,70
Mato Grosso	18,42	19,84	36,87	12,86	14,51	12,83	03,16	00,36	00,94	02,96	04,33	05,00	04,37	01,71	03,62
Mato Grosso do Sul	14,20	12,17	13,44	13,93	49,63	17,42	03,12	01,18	03,71	06,50	06,93	07,47	07,06	02,48	04,52
Minas Gerais	11,52	12,84	11,35	19,18	21,01	11,95	03,17	00,38	03,07	04,07	04,62	04,77	04,87	01,60	02,74
Pará	14,72	29,14	26,66	11,81	10,89	11,63	02,03	00,47	01,32	02,02	02,87	03,42	03,33	01,59	02,93
Paraíba	15,57	15,22	17,79	22,67	18,14	19,22	03,44	03,52	07,13	07,37	09,36	09,25	09,37	04,74	08,51
Paraná	14,48	13,95	22,14	15,51	15,59	15,67	02,67	00,23	01,20	02,17	03,90	06,35	04,20	01,36	02,84
Pernambuco	12,67	13,35	14,67	14,65	20,23	12,24	02,84	00,52	01,92	04,34	06,63	07,22	07,70	03,43	05,55
Piauí	11,86	11,55	11,37	11,03	14,52	19,96	03,62	01,19	03,22	06,27	08,43	08,92	09,37	03,54	06,15
Rio de Janeiro	09,56	12,95	06,81	06,56	06,24	05,11	01,57	00,13	00,53	09,53	01,48	01,81	01,65	00,82	01,55
Rio Grande do Norte	19,85	17,65	22,59	16,09	15,52	14,75	12,21	02,16	04,64	05,30	07,68	07,10	07,28	03,02	05,31
Rio Grande do Sul	11,90	09,32	11,97	10,29	11,78	15,70	04,64	00,28	01,49	02,88	03,35	03,56	03,12	01,30	02,56
Rondônia	07,42	09,96	07,91	05,80	49,82	12,92	01,01	00,05	00,58	02,07	01,88	01,90	02,10	00,64	01,45
Roraima	12,70	43,56	18,28	36,74	58,94	12,31	01,91	00,16	00,26	00,64	01,44	02,08	01,59	00,96	01,40
Santa Catarina	17,07	14,96	14,36	17,95	26,43	15,74	16,15	00,16	01,43	05,13	05,20	05,81	05,72	02,15	04,07
São Paulo	09,74	11,37	11,18	09,51	09,85	09,02	02,07	00,15	00,48	01,22	01,69	01,97	02,14	00,67	01,13
Sergipe	17,25	69,06	28,47	32,49	12,56	10,63	02,20	01,02	02,49	03,06	04,89	05,52	05,65	02,89	04,98
Tocantins	08,72	24,89	64,14	62,14	11,84	11,16	02,02	01,29	02,93	05,97	06,35	07,06	07,12	02,99	06,38
<b>Média</b>	<b>12,81</b>	<b>17,82</b>	<b>17,20</b>	<b>16,55</b>	<b>18,95</b>	<b>13,91</b>	<b>3,46</b>	<b>0,71</b>	<b>2,04</b>	<b>3,73</b>	<b>4,46</b>	<b>5,04</b>	<b>4,96</b>	<b>2,07</b>	<b>3,79</b>

**Fonte:** Elaboração própria, com base em dados SISAB (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica) e DATASUS- SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS).



## 4 Discussão

O presente estudo indicou que a região Nordeste apresentou os maiores percentuais de população coberta pelas equipes e saúde bucal. A região Centro-Oeste apresentou o percentual mais baixo; e todas as regiões apresentaram uma redução da cobertura total ao longo dos anos. A cobertura populacional de saúde bucal na Atenção Primária (AP) está diretamente relacionada ao número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) implantadas. Nos dias atuais, a região Nordeste possui a maior quantidade de ESB, no entanto, faz em média menor número de procedimentos ao ser comparada com as regiões Sul e Sudeste, o que reforça a hipótese de que apenas maior cobertura não é garantia de acesso aos serviços. Tal realidade denota a necessidade de avaliar diferentes indicadores ao traçar o perfil assistencial dos serviços de saúde bucal, como os relacionados à resolutividade e à continuidade do cuidado, o que pode colaborar com a gestão e a organização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal (Iambassi; Mialhe; Silva, 2022).

Em relação a cobertura da primeira consulta odontológica programática, obteve-se dados variados ao longo do período, observando-se uma redução acentuada na média do indicador entre os anos de 2014 (0,71 %) a 2021 (3,79 %), essa informação pode ser explicada devido ao fato de a saúde bucal não ser priorizada quanto estratégia de fortalecimento da Atenção Básica. Além do mais, em 2017, a portaria nº 2.436 do Ministério da Saúde reformulou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a implantação saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, passou a não ser um modelo prioritário. De forma igualitária, a emenda Constitucional nº95 estipulou um limite no teto com gastos em saúde e educação (Lucena *et al.*, 2020), o que fez com os investimentos menos prioritários fossem diminuídos (Reis *et al.*, 2015).

Estudos analisando a cobertura de primeira consulta odontológica programática segundo macrorregiões brasileiras também indicam que todas as regiões apresentaram decréscimo no número de primeiras consultas feitas em algum período entre 2008 e 2017. Em 2017, o maior declínio na cobertura foi na região Centro-oeste, seguido das regiões Sul e Nordeste. As razões para essa variação carecem ser mais bem esclarecidas, como a provável inclusão do novo sistema e-SUS, assim como as dificuldades de cofinanciamento da política pelo nível local, devido à queda na arrecadação do tesouro municipal e sobrecarga deste ente federativo no financiamento do sistema público de saúde (Chaves *et al.*, 2018).

Ademais, estudos realizados por Chaves *et al.* (2018), revelaram importantes diferenças entre as macrorregiões, sendo que as regiões Sul e Sudeste exibiram melhores taxas que as regiões Norte e Nordeste, isto é, a organização dos serviços tem relação com o desenvolvimento humano da região. Encontraram também associação entre a cobertura de primeira consulta odontológica programática com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no sentido pró-equidade. Esse achado pode ser consequente ao aumento de incentivo, a partir de 2004, para as Equipes de Saúde da Família (eSF) e saúde bucal (eSB) para os municípios com menor IDH, além dos incentivos adicionais do Brasil Sorridente para insumos e equipamentos odontológicos. No entanto, embora os estados Norte e Nordeste proporcionem maior oportunidade de acesso, o efeito das políticas públicas sobre o uso dos serviços ainda é uma lacuna, uma vez que a proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais é superior entre os estados com maior IDH (Chaves *et al.*, 2018).

A literatura propõe que indicadores socioeconômicos interferem na busca da população por serviços de saúde e que ter garantia mínima de renda pode influenciar de forma positiva os resultados que possuem relação com a saúde oral. A relação entre indicadores socioeconômicos e de saúde bucal ainda não é bem definida, mas tem sido relatada por alguns autores. Estudos relatam que o valor do PIB (Produto Interno Bruto) por estados no Brasil tem relação oposta com a cobertura da população na atenção primária. A ligação positiva entre IDH e número de primeiras consultas odontológicas programáticas já foi apresentada por outro estudo. Ademais, aumento na desigualdade da distribuição de renda pode refletir de forma negativa na saúde oral (Santiago *et al.*, 2021).

O Indicador CPCO na região Nordeste no ano de 2018 foi de 3,04%. Porém, mesmo com os melhores resultados, essa região não tem um bom desempenho com os indicadores de saúde. Com a intenção de explicar o baixo desempenho, discute-se a carência de registro no sistema de informação e as discrepâncias nos repasses federais para as regiões (Lima; Santos; Ditterich, 2021). O CPCO também observou um perfil de baixo acesso à saúde bucal, indicador potente para ajudar a qualificação da Atenção Básica em saúde bucal, identificando erros nas atividades que possibilitam o acesso ao cuidado (Araújo *et al.*, 2021).

O Nordeste, mesmo sendo a região que demonstra as maiores porcentagens de cobertura de saúde bucal, é a que tem a maior carência em saúde bucal, uma vez que têm a maior parcela dos habitantes dependentes do SUS, maior demanda epidemiológica e menor condição social e econômica. Portanto, uma provável redução da assistência odontológica pode maleficar essa região do Brasil (Pereira *et al.*, 2009).

São necessários mais estudos que considerem outros indicadores de saúde bucal e convicções dos usuários do serviço, com propósito de estimar a qualidade da assistência odontológica dos estados da região Nordeste, diferente desta pesquisa que teve como foco a quantificação de dados. Igualmente, é relevante que dados socioeconômicos, como IDH, população e investimentos propostos aos estados pelo governo federal, também sejam correlacionados com a cobertura populacional de equipes de saúde bucal com a intenção de averiguar o que intervém no acesso ao atendimento odontológico pela população (Rocha *et al.*, 2022). A literatura indica como obstáculo para implantação de equipes de saúde bucal os elevados custos provenientes da aquisição de materiais, instrumentais e equipamentos imprescindíveis para o atendimento odontológico, mesmo levando em conta a atenção primária (Pinho *et al.*, 2015).

Assim, o Ministério da Saúde, carece que a Equipes de Saúde Bucal (ESB) sigam os princípios e diretrizes do SUS a fim de garantir um acesso maior da população às ações em saúde bucal, ao integrar a rede de serviços e estabelecer um sistema de referência e contrarreferência, que aprimoram a resolutividade e permitem o acompanhamento dos usuários. A substituição das práticas corriqueiras que são desempenhadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) serão possíveis quando seguidas as características recomendadas pela ESF, que são a adscrição da clientela, assistência integral, conexão da referência e contrarreferência ao atendimento de média e alta complexidade, priorização da família como eixo central do atendimento, humanização, atendimento multidisciplinar, desenvolvimento de ações preventivas e de promoção da saúde, participação e controle social, educação permanente e continuada e ações de planejamento, avaliação, acompanhamento e monitoramento permanente da equipe. A organização do trabalho realizada no método do planejamento estratégico possibilita a priorização dos casos e organização do atendimento clínico (Pinho *et al.*, 2015).

Para um país da extensão do Brasil, com 5.570 municípios, nação estimada em mais de 208 milhões de indivíduos e um sistema nacional de saúde que cobre em torno de 75% da população na atenção básica, monitorar resolutividade de ações de saúde na atenção básica é um enorme impasse. Uma análise de indicadores de cobertura e produção através de sistemas de informação pode promover uma avaliação sistemática de gestores, usuários e profissionais inclusos no SUS. Desse modo, presume-se que a vigilância em saúde oriente o serviço para sua qualificação contínua (Santiago *et al.*, 2021).

O conceito de saúde é amplo e conforme o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, 1986: “Saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso

aos serviços de saúde” (Brasil, 1986). Assim sendo, o Cirurgião-Dentista que opera na esfera da atenção básica deve estar diligente que o acesso aos serviços, que pode estar subentendido na quantidade de equipes de saúde bucal da estratégia saúde da família, não é o bastante para transformar a realidade de indicadores de saúde bucal. O processo de trabalho interno é tão relevante nesse processo como à estrutura física que se dirige a isso (Pinho *et al.*, 2015).

O presente estudo apresenta limitações devido a lacunas sobre o registro dos dados de cobertura de saúde bucal no sistema de informação do Ministério da Saúde, visto que o ano de 2021 é último período disponível para consulta. Ademais, trabalha com dados secundários, disponibilizados pelo Ministério da Saúde e que, por sua vez, apresentam limitações na padronização do registro do procedimento, digitação, controle e atualização dos sistemas de informação, sendo passíveis de apresentarem informações equivocadas. Entretanto, essas limitações não reduzem o potencial de uso desses dados para monitoramento e análise de políticas de saúde bucal no Brasil. A capacitação dos profissionais em relação ao adequado preenchimento dos dados e a compreensão da importância destes sistemas como ferramenta de gestão e avaliação podem cooperar para o acesso a informações consistentes e, desse modo, subsidiar as ações de planejamento e tomada de decisões apropriadas à realidade da população.

O presente estudo enfatiza a necessidade de avaliação e monitoramento constante dos indicadores de acesso a saúde bucal, além de fornecer informações importantes para gestores e profissionais das equipes de saúde bucal na elaboração de estratégias destinadas a melhoria do acesso aos serviços de saúde.

## **5 Conclusão**

Conclui-se que houve uma diminuição nos indicadores avaliados, impactando diretamente no acesso ao serviço odontológico pela população brasileira. É possível, contudo, que os resultados apresentados estimulem a reflexão sobre os processos de cuidado em saúde bucal na atenção primária das regiões brasileiras.

## 6 Referências Bibliográficas

ARAÚJO, E. G. O. D. *et al.* Cobertura da primeira consulta odontológica na atenção primária em saúde no Estado da Paraíba. **Revista de Iniciação Científica em Odontologia**. 2021;19(2): 45-54.

BENCHIMOL, E. I.; SMEETH, L.; GUTTMANN, A.; HARRON, K.; MOHER D.; PETERSEN I.; SORENSEN, H. T.; VON ELM, E.; LANGAN, S. M. **The RECORD Working Committee**. The Reporting of studies Conducted using Observational Routinely-collected health Data (RECORD) Statement. *PLoS Medicine* 2015; in press.

CHAVES, S. C. L. *et al.* Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe2, p. 76–91, out. 2018.

IAMBASSI, R. M. E.; MIALHE, F. L.; SILVA, C. M. D. C. Avaliação da cobertura populacional e caracterização do perfil de assistência odontológica como ferramenta para planejamento de atividades de integração ensino-serviço-comunidade. **Arquivos em Odontologia**, v. 58, p. 47-56, 2022.

LIMA, L. C. D.; SANTOS, D. V. D. D.; DITTERICH, R. G. Panorama da saúde bucal na atenção básica nas macrorregiões brasileiras no período de 2009 a 2018. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 10, n. 3, p. 275-295, 2021.

LUCENA, E. H. G. D. *et al.* Monitoring of oral health teams after National Primary Care Policy 2017. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 99, 2020.

MARTINELLI, D. L. F. *et al.* Cobertura de equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família e uso de serviços odontológicos em adolescentes de Mato Grosso do Sul, 2019: estudo transversal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 4, 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.

PEREIRA, C. R. D. S. *et al.* Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 985–996, maio 2009.

PINHO, J. R. O. *et al.* Evolução da cobertura das equipes de saúde bucal nas macrorregiões brasileiras. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 69, n. 1, p. 80–95, 1 mar. 2015.

REIS, C. M. R. D. *et al.* Describing the primary care actions of oral health teams in Brazil. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 12, n. 1, p. 667-678, 2015.

ROCHA, E. S., *et al.* A evolução da cobertura do número de equipes de saúde bucal nos estados do Nordeste do Brasil. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, p. e14311729703-e14311729703, 2022.

SANTIAGO, C. P. L., *et al.* Resolutividade da atenção básica em saúde bucal em municípios do estado da Paraíba, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3589-3597, 2021.