

Artigo Original de Pesquisa
Original Research Article

Cobertura de equipes de saúde bucal em áreas descentralizadas de saúde do Ceará: uma série temporal

Coverage of oral health teams in decentralized areas in Ceará: a time serie

Larissa Guimarães Ferreira¹
Laís Guimarães Ferreira¹
Dulce Maria De Lucena Aquiar¹
Karyne Barreto Gonçalves Marques¹
Marina Mota Lima Verde¹
Paulo Leonardo Ponte Marques¹

Autor para correspondência:

Paulo Leonardo Ponte Marques
Universidade de Fortaleza
Avenida Washington Soares, n. 1321
CEP 60811-905 – Fortaleza – CE – Brasil
E-mail: paulomarques@unifor.br

¹ Curso de Odontologia, Universidade de Fortaleza – Fortaleza – CE – Brasil.

Data de recebimento: 7 mar. 2023. Data de aceite: 12 set. 2023.

Palavras-chave:

acesso aos serviços de saúde; saúde bucal; Atenção Primária à Saúde.

Resumo

Introdução: O avanço na implantação de equipes de saúde bucal (eSB) possibilitou maior cobertura populacional no estado do Ceará. No entanto o aumento do número de equipes nem sempre indica maior acesso ao tratamento odontológico. **Objetivo:** Analisar o histórico de primeiras consultas odontológicas e eSB implantadas nas Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS) de uma Região de Saúde. **Material e métodos:** Estudo de série temporal em três de 22 ADS do estado do Ceará. A coleta de dados foi realizada nas bases de dados DATASUS e e-Gestor por meio do número de primeiras consultas, número de eSB, estimativa de cobertura populacional e percentual de cobertura da saúde bucal, no período de 2008 a 2021. Os dados foram organizados em planilha no Microsoft Excel e analisados por intermédio de estatística descritiva. **Resultados:** Entre 2008 e 2015 as primeiras consultas cresceram 119%; em seguida houve declínio na média de 47.934 para 1.605 em 2018. O

número de eSB aumentou de 97 para 163 em todo o período. A ADS com maior percentual de população atendida e maior número de primeiras consultas (48,4%) foi Limoeiro do Norte. A ADS de Russas aumentou 8,4 vezes a cobertura de eSB em relação à população. **Conclusão:** Observou-se tendência decrescente no número de primeiras consultas odontológicas, mesmo com a implantação de novas eSB, o que implica redução do acesso ao tratamento odontológico na Atenção Primária à Saúde.

Keywords:

health services
accessibility; oral
health; Primary Health
Care.

Abstract

Introduction: The advance in the implementation of oral health teams (eSB) allowed greater population coverage in Ceará state. However, the increase in the number of teams does not always indicate greater access to dental treatment. **Objective:** Analyze the history of first dental and eSB consultations implemented in the Decentralized Health Areas (ADS) of a Health Region. **Material and methods:** Study of temporal series in three of 22 ADS in the State of Ceará. Data collection was carried out in the DATASUS and e-Gestor databases through the number of first consultations, eSB number, population coverage estimate and percentage of oral health coverage, from 2008 to 2021. Data were organized into spreadsheet in Microsoft Excel and analyzed using descriptive statistics. **Results:** Between 2008 and 2015 the number of first dental appointments increased 119%, followed by a decrease in the media of 47934 to 1605 in 2018. The number of eSB increased of 97 to 163 throughout the period. The ADS with the highest percentage of population served and the highest number of first consultations was Limoeiro do Norte (48.4%). The ADS of Russas increased 8.4 times the coverage of eSB in relation to the population. **Conclusion:** a decreasing trend was observed in the number of first dental consultations, even with the creation of new eSBs, which implies a reduction in access to dental treatment in Primary Health Care.

Introdução

Desde a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal em 2004, muitos avanços foram identificados nas práticas dos serviços de saúde, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde [3, 8, 18]. A inserção de equipes de saúde bucal (eSB) na Estratégia Saúde da Família possibilitou uma maior amplitude do acesso às Unidades Básicas de Saúde, contribuindo para o aumento da oferta de atenção à saúde bucal e consequente redução de uma demanda reprimida histórica, cuja assistência era restrita a procedimentos cirúrgico-mutiladores [1, 17].

Dados do sistema e-Gestor do Ministério da Saúde apontam que 31.821 eSB foram implantadas nos municípios brasileiros até dezembro de 2021, perfazendo uma cobertura de 56,61% da população. Essa cobertura não evoluiu de forma proporcional

em todas as regiões brasileiras [2, 18], existindo, ainda, muitos vazios assistenciais que indicam população descoberta, mesmo nos grandes centros urbanos.

Dentre as estratégias para facilitar a implantação de novas eSB, encontra-se o incentivo de custeio, que possibilita mais agilidade no processo de implantação e cooperação técnica entre os entes federativos [4, 21]. Dos estados pioneiros na implantação de ações públicas de saúde, o Ceará destacou-se na década de 1990 com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Regionalização e Saúde da Família [1].

O atual Plano Diretor de Regionalização do Ceará organiza os 184 municípios em 22 Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS), com resolutividade na Atenção Primária e Secundária, agrupadas em cinco Regiões de Saúde: Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Cariri e Litoral Leste/

Jaguaribe [5]. Essa última região foi criada por meio da Resolução n.º 125/2014 da Comissão Intergestores Bipartite, permitindo o agrupamento de três ADS.

Nas últimas duas décadas houve um grande avanço na implantação de eSB em todas as regiões brasileiras, o que trouxe maior cobertura populacional de serviços odontológicos na Atenção Primária à Saúde [1, 17]. No entanto a presença de novas equipes em ADS nem sempre aponta para um aumento do acesso ao tratamento odontológico básico [9].

Dada a relevância da primeira consulta odontológica para mensurar o acesso da população ao tratamento odontológico básico na Atenção Primária [17], levanta-se o questionamento: A implantação de eSB nas ADS de uma Região de Saúde do Ceará ampliou o acesso da população às Unidades Básicas de Saúde, contribuindo para o aumento da oferta de atenção à saúde bucal e consequente aumento de cobertura?

Diante do cenário aqui exposto, o presente estudo teve por objetivo analisar a série histórica de primeiras consultas odontológicas e de eSB implantadas nas ADS de uma Região de Saúde do Ceará.

Material e métodos

A presente pesquisa é de natureza quantitativa, sendo caracterizada como estudo de série temporal.

O cenário do estudo foi o estado do Ceará, localizado na Região Nordeste do Brasil, com 9,1 milhões de habitantes, o 8.º mais populoso do país [15]. O sistema estadual de saúde é estruturado em cinco regiões de saúde e 22 ADS. Cada uma das ADS é composta por um conjunto de municípios.

Utilizou-se como referência a Região Litoral Leste/Jaguaribe, oficialmente implantada pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará no ano de 2014, visto que até 2013 essas ADS pertenciam à Região de Saúde de Fortaleza. As ADS integrantes dessa Região de Saúde são: Aracati (7.^a ADS), Russas (9.^a ADS) e Limoeiro do Norte (10.^a ADS) [5], englobando um total de 20 municípios e uma população de mais de 530 mil habitantes.

A coleta de dados ocorreu em duas bases de dados: DATASUS e e-Gestor. Os dados do DATASUS foram pesquisados no TABNET, disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/>. Já os dados do portal e-Gestor Atenção Básica foram buscados em <https://egestorab.saude.gov.br/>. Ressalta-se que o e-Gestor funciona como um banco de dados para acesso a diferentes relatórios de informações de monitoramento da atenção básica, inclusive pelo público em geral.

Coletaram-se dados referentes ao número absoluto de primeiras consultas odontológicas, número de eSB, estimativa de população coberta e o percentual de cobertura da saúde bucal na Atenção Primária, em cada uma das três ADS que pertencem à Região de Saúde pesquisada. Utilizou-se como referência que cada eSB possui a capacidade de cobrir uma população estimada de 3.450 habitantes. Também se calcularam a média de primeira consulta por habitante em cada uma das ADS e a relação entre cobertura das eSB e crescimento populacional.

O período de referência delimitado quanto ao recorte temporal foi de 2008 a 2021. Para os dados de cobertura das eSB, tomou-se como referência o mês de julho dos anos de 2008 a 2021.

Os dados obtidos foram organizados em planilhas no Microsoft Excel e empregaram-se fórmulas para possibilitar a análise por meio de estatística descritiva. Calcularam-se a média e o desvio-padrão (DP) anual de primeira consulta odontológica. Para cobertura das eSB, foi calculado o percentual da população estimada.

Por se tratar de uma pesquisa com dados secundários de domínio público, não houve necessidade de submissão a um Comitê de Ética.

Resultados

A figura 1 apresenta a tendência das primeiras consultas odontológicas nas três ADS da Região Litoral/Leste Jaguaribe. Observou-se uma tendência decrescente ao longo do período analisado, com exceção do ano de 2015, em que o quantitativo da ADS Aracati foi muito acima da média da região.

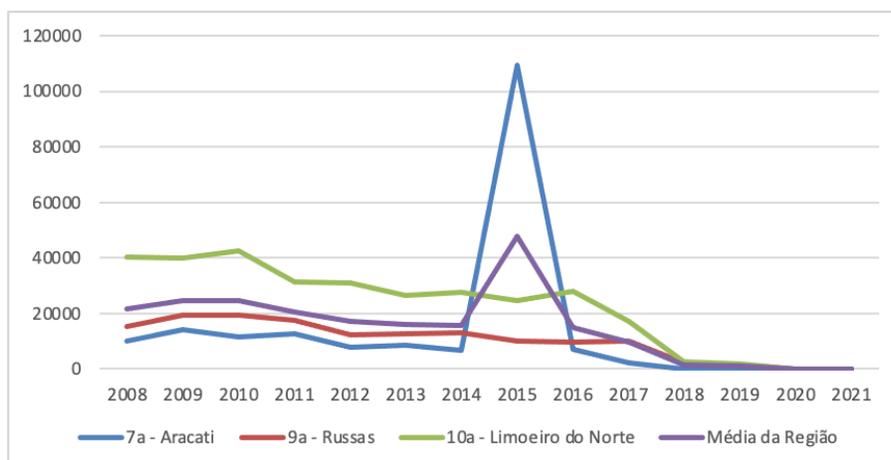


Figura 1 - Primeiras consultas odontológicas por ADS na Região de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe, de 2008 a 2021

Fonte: DATASUS

Tabela I - Média e DP das primeiras consultas odontológicas na Região de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe, de 2008 a 2021

ADS	População (%)	Primeiras consultas	Média ± DP	Primeiras consultas na região (%)
7. ^a ADS	21,4	190262	13590,1 ± 27960,2	29,5
9. ^a ADS	36,7	142811	10200,7 ± 6876,9	22,1
10. ^a ADS	41,9	312142	22297,7 ± 15425,3	48,4
Total	100	645215	46086,7 ± 38965,6	100

Fonte: DATASUS

Segundo a tabela I, que trata da média e do DP das primeiras consultas odontológicas na Região de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe, a ADS com maior percentual de população atendida foi Limoeiro do Norte, sendo também a que apresentou maior percentual de primeiras consultas odontológicas.

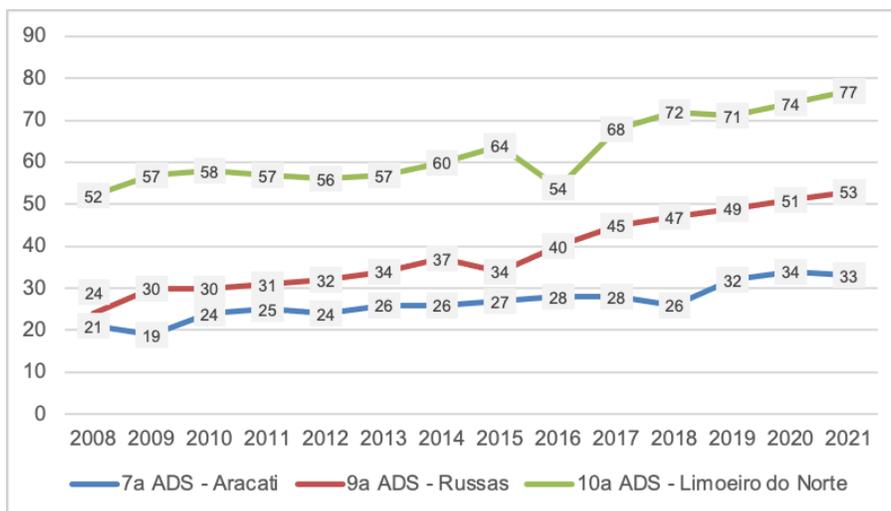


Figura 2 - Equipes de Saúde Bucal por ADS na Região de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe, de 2008 a 2021

Fonte: DATASUS

Na figura 2, os dados obtidos referentes à quantidade de eSB nas três áreas da região Litoral Leste/Jaguaribe evidenciaram aumento em seu número, ao se comparar o período inicial (2008) e final (2021).

Tabela II - Evolução de equipes de saúde bucal e estimativa de cobertura populacional nas ADS da Região de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe, 2008 - 2021

ADS	n.º eSB 2008	n.º eSB 2021	Evolução % eSB	Cobertura populacional das eSB* (%)	Crescimento populacional (%)	Relação entre cobertura de eSB e crescimento populacional
7. ^a ADS	21	33	57	33	13	2,5x
9. ^a ADS	24	53	121	84	10	8,4x
10. ^a ADS	52	77	48	26	6	4,3x
Total	97	163	68	44	9	4,8x

* Cada equipe com cobertura estimada de 3.450 habitantes

Fonte: DATASUS

Na tabela II constam a evolução das eSB e a estimativa de cobertura populacional nas ADS da Região de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe, sendo Russas a que teve maior percentual de evolução e maior percentual de cobertura populacional no período indicado. A ADS com a pior relação entre cobertura de eSB e crescimento populacional foi Aracati.

Discussão

O percurso do sistema de saúde brasileiro destacou-se por meio de importantes mudanças na atenção à saúde da população. Padrões de utilização estão entre os principais elementos cambiantes, além da ampliação da oferta de serviços e das possibilidades de acesso. Entre os desafios que surgem, destacam-se os efeitos do congelamento por 20 anos dos gastos sociais, além das transformações das condições de saúde da população, com implicações sobre o uso dos serviços de saúde [22].

Indicadores quantitativos são uma importante ferramenta na área da saúde. O indicador de primeira consulta informa sobre o acesso da população ao atendimento odontológico [23]; falhas no abastecimento de tais dados podem indicar falta de estímulo direcionado aos profissionais da área e/ou que eles escolheram tratar apenas a queixa principal do paciente [19], focando no modelo de tratamento curativista.

No período estudado foram registrados diferentes percentuais referentes às primeiras consultas odontológicas programáticas nas três ADS. Esse resultado pode ser devido às diferenças de acesso da população de cada ADS aos serviços de Atenção Primária. Desde a criação da região Litoral Leste Jaguaribe, de modo geral, em todas as ADS notou-se uma tendência decrescente de primeiras consultas ao longo dos anos, com exceção do período de implantação, em que houve um aumento importante. Em contrapartida, os dados obtidos acerca do número de eSB apresentaram aumento no decorrer do período. Embora o aumento no uso de serviços odontológicos seja associado a maior quantidade de cirurgiões-dentistas cadastrados no SUS [7], fatores como problemas na inserção dos dados nos sistemas de informação, aspectos geográficos e mobilidade dos pacientes podem influenciar os resultados no desempenho das eSB [23].

Das três ADS avaliadas neste estudo, Russas obteve o menor desempenho na primeira consulta odontológica, que é um procedimento associado ao acesso da população na Atenção Primária. A atenção de saúde bucal enfrenta grandes obstáculos no que diz respeito ao acesso, destacando-se dentre eles: distribuição desigual de profissionais de saúde, capacidade tecnológica limitada, desigualdades socioeconômicas e presença de um modelo assistencialista focado apenas no tratamento das doenças bucais [10, 23].

Além disso, há outros fatores relacionados ao paciente que causam absenteísmo do paciente nas consultas odontológicas programáticas: esquecimento da data agendada, trabalho, cuidado com os filhos, estudos, insatisfação com o serviço público ou opção por tratamento particular [12].

No que se diz respeito à cobertura populacional, a proporção da população beneficiada pelos serviços de saúde pode ser considerada atributo avaliativo da oferta e utilização dos serviços [9]. A cobertura da população da 9.^a ADS – Russas aumentou significativamente. Isso aponta para um direcionamento das ações gestoras para o fortalecimento da Atenção Primária, sobretudo da saúde bucal, que foi tardiamente formalizada em comparação com a eSB da ESF para receber recursos de custeio e implantação. Isso reflete, a longo prazo, na melhoria do acesso para tratamento odontológico básico e em mudança no modelo assistencialista tradicional focado na doença [19].

O aumento da cobertura de ESF foi acompanhado por importantes ganhos para a saúde pública brasileira, como redução da taxa de mortalidade infantil e diminuição da taxa de internações hospitalares [16]. Existem evidências que apontam que a ESF oferece maior qualidade de acesso e proporciona maior satisfação dos usuários, quando comparada com o atendimento privado [6].

O SUS é reconhecido mundo afora por suas iniciativas que pregam promoção e prevenção em saúde, além dos diversos tratamentos disponibilizados para a população; tendo em vista o período de pandemia do coronavírus, sua existência para o setor de saúde foi de suma importância [20]. Dada essa série de benefícios para a população a longo prazo, a inserção efetiva de eSB na ESF pode trazer ganhos imensuráveis na melhoria da condição de saúde bucal e da qualidade de vida da população local [6].

Os dados obtidos sobre Aracati (7.^a ADS) mostraram uma estabilidade na cobertura no período de 2011 a 2015 e uma diminuição do acesso da população em 2017. O declínio ocorrido em 2017 pode ter sido por influência do calendário eleitoral do Brasil, pois a alocação de gastos sofre mudanças de acordo com a ideologia partidária [14]. Entretanto, no período total analisado, houve uma tendência crescente na cobertura populacional.

Já em Russas (9.^a ADS), em comparação às demais ADS, os dados demonstraram maior cobertura de saúde bucal. Isso indica que a população dessa ADS teve menos acesso ao início e continuidade do tratamento odontológico, o que aponta para uma necessidade de maior foco da

gestão na implantação de novas eSB. Além disso, faz-se imprescindível viabilizar meios para que a população tenha acesso de forma facilitada, especialmente para a parcela que compõe a demanda reprimida e com maior necessidade assistencial.

Os autores apontam como limitação do estudo o fato de terem analisado a cobertura das eSB somente nas ADS de uma única Região de Saúde do Ceará. Além disso, não há disponibilidade de dados qualitativos sobre as eventuais oscilações nos dados registrados no período averiguado.

Conclusão

A análise da série temporal aponta uma tendência decrescente no quantitativo de primeiras consultas odontológicas na Atenção Primária, com exceção do período de implantação da nova Região de Saúde do Ceará. O aumento do número de equipes de saúde bucal nas Áreas Descentralizadas de Saúde não impactou numericamente em um aumento nas primeiras consultas odontológicas.

Referências

1. Aguiar SFA, Rocha MP. Políticas de Saúde Bucal no Brasil: mudanças a partir de 1988. *Fractal Rev Psicol.* 2019;13(45):488-501.
2. Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad Saúde Pública.* 2018;34(6):1-14.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004 [cited 2023 Sep. 23]. Available from: URL:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 6. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União, Brasília;* 2017 [cited 2023 Sep. 2023]. Available from: URL:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/Matriz-6-Financiamento.html>.
5. Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Coordenadorias Regionais em Saúde. 2018 [cited 2023 Sep. 2023]. Available from: URL:<https://www.saude.ce.gov.br/institucional/regionalizacao/>.

6. Côrrea DSRC, Moura AGOM, Quito MV, Souza HM, Versiani LM, Leuzii S et al. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saude Colet.* 2019;24(6): 2031-41.
7. Corrêa GT, Celeste RK. Association between coverage by oral health teams in the family health and the increase in dental care output in Brazilian municipalities, 1999 and 2011. *Cad Saude Pública.* 2015;31(12):2588-98.
8. Costa Junior SD, Araújo PG, Frichembruder K, Hugo FN. Política Nacional de Saúde Bucal: metassíntese dos estudos sobre a Rede de Saúde Bucal. *Rev Saude Pública.* 2021;55:105.
9. Costa RC, Ribeiro ILA, Rodrigues LV, Valença AMG. Configuração da cobertura de saúde bucal brasileira e o acesso da população ao serviço público odontológico. *Rev Fam Ciclos Vida Saude Cont Social.* 2018;6(2):212-9.
10. Dantas MNP, Souza DLB, Souza AMG, Aiquoc KM, Souza TA, Barbosa IR. Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2020;24:1-13.
11. Farias Morais HG, Barros JM, Silva WR, Santos AA, Galvão MHR. Saúde bucal no Brasil: uma revisão integrativa do período de 1950 a 2019. *Rev Baiana Saude Pública.* 2020;44(1):181-96.
12. Ferreira MB, Lopes AC, Lion MT, Lima DC, Nogueira DA, Pereira AA. Absenteísmo em consultas odontológicas programáticas na estratégia saúde da família. *Rev Univ Vale Rio Verde.* 2016;14(1):411-9.
13. Fischer TK, Peres KG, Kupek E, Peres MA. Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13(1):126-38.
14. Fraga TL, Ramos P, Costa RA, Gomes AP. Gestão dos recursos do Sistema Único de Saúde na Bahia: uma análise considerando a influência dos ciclos eleitorais no índice de eficiência municipal. 2017;33(97):154-69.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Projeção populacional. Rio de Janeiro; 2019 [cited Sep. 2023]. Available from: URL:<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/25278-ibge-divulga-as-estimativas-da-populacao-dos-municipios-para-2019>.
16. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc Saude Colet.* 2018;23(6):1903-14.
17. Pucca Junior GA, Gabriel M, Almeida Carrer FC, Paludetto Junior M, Lucena EHG, Melo NS. Acesso e cobertura populacional à saúde bucal após a implementação da política nacional de saúde bucal “Brasil Sorridente”. *Tempus.* 2020;14(1):29-43.
18. Raynaut C, Ferreira ADD. Ambiente urbano, desigualdades socioeconômicas e saúde: o papel da história e o espaço da ação social. *Rev Desenvolvimento Ambiente.* 2018;47:237-46.
19. Santiago CPL, Cavalcante DDFB, Ambrosano GMB, Pereira AC, Lucena EHG, Cavalcanti YW et al. Resolutividade da atenção básica em saúde bucal em municípios do estado da Paraíba, Brasil. *Ciênc Saude Colet.* 2021; 26:3589-97.
20. Silva WMF, Ruiz JLS. A centralidade do SUS na pandemia do coronavírus e as disputas com o projeto neoliberal. *Physis: Rev Saude Colet.* 2020; 0(03):1-8.
21. Sousa FDT, Sousa ALPM. Uma revisão sobre as redes de atenção à saúde no Brasil. *Rev Núcleo Conhecimento.* 2018;1(11):55-75.
22. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciênc Saude Colet.* 2018;23(6):1751-62.
23. Viana IB, Martelli PJJ, Pimentel FC. Análise do acesso aos serviços odontológicos através do indicador de primeira consulta odontológica programática em Pernambuco: estudo comparativo entre os anos 2001 e 2009. *Rev Bras Promoção Saude.* 2012;25(2):151-60.