

Panorama da saúde bucal na atenção primária em saúde nas macrorregiões de saúde da Bahia

Claudia Cerqueira Graça Carneiro¹ , Carlito Lopes Nascimento Sobrinho¹ 

Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil

Objetivo: Identificar o panorama da saúde bucal na Atenção Primária em Saúde, no período de 2012 a 2022, nas macrorregiões de saúde da Bahia.

Métodos: Foi realizado um estudo ecológico descritivo, utilizando dados dos indicadores de proporção de exodontia, da primeira consulta odontológica programática, da média de escovação supervisionada e da cobertura populacional das Equipes de Saúde Bucal (eSB).

Resultados: A maioria das macrorregiões de saúde baianas apresentou declínio do indicador de proporção de exodontia em relação aos procedimentos individuais preventivos e curativos, sugerindo a diminuição dos procedimentos mutiladores no serviço público. Os dados apontaram também um declínio acentuado dos indicadores da cobertura da primeira consulta odontológica programática e da média de escovação supervisionada, e um declínio da cobertura populacional estimada das eSB, condições que podem dificultar o acesso da população a um cuidado em saúde bucal de qualidade.

Conclusão: Enfatiza-se a necessidade do uso dos indicadores para o planejamento em saúde bucal, e espera-se que as novas definições para o setor possam efetivamente proporcionar a melhoria das condições de saúde bucal da população.

Descritores: indicadores básicos de saúde; Atenção Primária à Saúde; serviços de saúde bucal.

Data recebimento: 08-07-2024

Data de aceite: 28-11-2024

INTRODUÇÃO

Em 2023, o Sistema Único de Saúde (SUS) completou 35 anos, com uma história marcada por avanços significativos na área da saúde pública. Desde a sua implantação, o SUS tem desempenhado um papel fundamental na promoção, prevenção e assistência à saúde da população, representando o maior sistema público de saúde do mundo, sendo a Atenção Primária em Saúde (APS) a porta de entrada preferencial do sistema, cujo objetivo é a organização do atendimento de saúde de forma a atender a maior parte das necessidades da população de forma regionalizada, contínua e sistematizada¹.

A proposta de mudança da lógica do cuidado em saúde bucal² da população se inicia quando esta é incorporada à APS, por meio da Portaria 1444 de dezembro de 2000³, seguida da Portaria 267, de março de 2001⁴, que regulamenta as ações das Equipes de Saúde Bucal (eSB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF), e com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) lançada em 2004⁵, que foi orientada por diretrizes para uma reorganização da assistência em saúde bucal em todos os níveis de atenção, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida.

Similarmente às outras áreas da saúde, no intuito de (re)organizar as ações e serviços de

Autor para correspondência:

Claudia Cerqueira Graça Carneiro

Endereço para correspondência: Avenida Transnordestina S/N, Departamento de Saúde. 6º Módulo, Novo Horizonte. CEP: 44.036.900
Feira de Santana, Bahia. Telefone: (75). 99971 – 7745
ccgcarneiro@uefs.br

saúde bucal, vários indicadores foram utilizados para avaliar o acesso ao cuidado, a oferta de serviço e o desempenho das equipes de saúde bucal por meio de diversas propostas: Proposta de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (2001); Relação de Indicadores da Atenção Básica (2006); Pacto de Atenção Básica (2006, 2007, 2010); o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS – 2012); Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (2013- 2015); Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ - 2017), Programa Saúde na Hora (2019); Programa Previne Brasil (2019)⁶⁻⁸.

Porém, em dezembro de 2019, o Programa Previne Brasil foi lançado modificando o financiamento da APS, reduzindo o indicador de saúde por desempenho, para a área de saúde bucal, à proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado na APS (com meta de 60%)⁹. Essa mudança no parâmetro dos indicadores, seguida do processo pandêmico da COVID-19, fez com que o setor de saúde bucal tivesse um impacto negativo, observado na redução da oferta de atendimento odontológico em todas as categorias durante esse período, chegando a diminuir 44,1% e 42,5% das consultas e procedimentos odontológicos de urgência em serviços de atenção básica e especializada entre 2019 e 2020, respectivamente¹⁰. No período seguinte, observou-se apenas um aumento de 19% (2020) para 51% (2022) no acesso de gestantes ao atendimento odontológico¹¹.

Diante desse cenário questiona-se, como se apresenta o panorama da saúde bucal na Atenção Primária em Saúde nas macrorregiões de saúde da Bahia? A Bahia apresenta, de acordo com o censo demográfico de 2022¹², uma população com 14.136.417 habitantes, sendo a maior população do Nordeste e a quarta maior população do Brasil. Contudo, no que concerne ao sistema de saúde a nível da Atenção Primária em Saúde, apesar da região Nordeste apresentar a maior cobertura da APS (79,35%) do país, observada em dezembro de 2021, a Bahia apresentou a segunda menor cobertura da APS nesse período (73,76%), quando comparada aos outros estados da região, seguida também da menor cobertura das eSB na APS (71,35%), em dezembro de 2021, segundo dados do e-Gestor¹³. Cabe ressaltar que quanto maior é a cobertura da ESF e das eSB, melhores são os indicadores de saúde bucal e maiores são as chances de aumentar o uso dos serviços odontológicos pela população¹⁴.

Por fim, frente a lacuna de dados no que concerne ao tema, o objetivo deste estudo é analisar o panorama da saúde bucal na APS, por meio dos indicadores de cobertura populacional estimada das eSB, de cobertura da primeira consulta odontológica programática, da proporção de exodontia em relação aos procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos, e da média de ações coletivas de escovação dental supervisionada, nas macrorregiões de saúde baianas, no período de 2012 a 2022.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo ecológico descritivo, utilizando dados da produção ambulatorial da APS em Saúde Bucal, disponíveis no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS - DATASUS)¹⁵, dados demográficos da população residente estimada (para 2012 – 2021) disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e no censo 2022, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹² e proporção de cobertura populacional estimada das eSB na ESF, disponível na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB)¹⁶, para o período compreendido entre os anos de 2012 e 2022.

Sendo os dados utilizados de domínio público, em que não é possível a identificação dos participantes da pesquisa, não foi necessário a apreciação por parte de um Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510, de 7 de abril de 2016¹⁷.

Fizeram parte desse estudo as nove (09) Macrorregiões de saúde do Estado da Bahia, definidas a partir do Plano Diretor de Regionalização, conforme Resolução da Comissão Intergestora Bipartite - nº 275/2012¹⁸. As macrorregiões baianas são: Macrorregião SUL (que é composta pelas regiões de saúde de Ilhéus, Itabuna, Jequié e Valença), Macrorregião SUDOESTE (regiões de saúde de Vitória da Conquista, Brumado, Guanambi e Itapetinga), Macrorregião OESTE (regiões de saúde de Barreiras, Ibotirama e Santa Maria da Vitória), Macrorregião NORTE (regiões de saúde de Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim), Macrorregião NORDESTE (regiões de saúde de Alagoinhas e Ribeira do Pombal), Macrorregião LESTE (regiões de saúde de Salvador, Camaçari, Cruz das Almas e Santo Antônio de Jesus), Macrorregião EXTREMO SUL (regiões de saúde de Teixeira de Freitas e Porto Seguro),

Macrorregião CENTRO LESTE (regiões de saúde de Feira de Santana, Itaberaba, Serrinha e Seabra) e, Macrorregião CENTRO NORTE (regiões de saúde de Jacobina e Irecê).

Foram analisados os indicadores cujos dados estão disponíveis no banco de dados do DATASUS – SIA/SUS¹⁵, a saber: o da cobertura da primeira consulta odontológica programática, da proporção de exodontia em relação aos procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos, e a média de ações coletivas de escovação dental supervisionada. Já o indicador de cobertura populacional estimada das eSB na ESF foi obtido por meio de relatório público de monitoramento da APS, publicados pela SESAB¹⁶.

A coleta dos dados foi realizada em setembro de 2023, e considerou, para o levantamento dos dados, os relatórios de monitoramento da SESAB para o indicador de cobertura das eSB, e, para os demais indicadores, o SIA/SUS, filtrado por local de atendimento, no período de 2012 a 2022, realizado para cada macrorregião de saúde da Bahia, a partir da metodologia do cálculo seguinte:

- Indicador de cobertura da primeira consulta odontológica programática - percentual do número total de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado local e período, em relação a população no mesmo local e período⁶;
- Indicador de proporção de exodontia em relação aos procedimentos clínicos individuais preventivos e curativo - percentual do número de extrações dentárias realizadas dividido pelo total

de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos realizados no mesmo local e período¹⁹.

- Indicador da média de ações coletivas de escovação dental supervisionada - percentual do número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local no período por 12 meses, dividido por 12, pela população no mesmo local e período¹⁹.

Por fim, os dados foram tabulados e analisados por meio do programa Microsoft EXCEL versão 2010, sendo utilizadas as representações gráfica e tabular para a comparação dos resultados entre as nove macrorregiões de saúde da Bahia.

RESULTADOS

Os resultados do indicador da cobertura da primeira consulta odontológica programática (Tabela 1), mostram um declínio da cobertura, em todas as macrorregiões, a partir 2017. A macrorregião que apresentou maior cobertura da primeira consulta odontológica foi a Nordeste (96,03%, em 2012, 23,76%, em 2017, e 16,68%, em 2018), e a menor cobertura desse indicador variou entre a macrorregião Leste (4,26%, em 2015), a Sudoeste e Centro Norte (ambas 1,33%, em 2018) e a Sul (0,15%, em 2019). No ano de 2022, a macrorregião do Extremo Sul, foi a que apresentou a maior cobertura da primeira consulta odontológica programada (1,5%), com ressalva para o período atípico da pandemia do COVID – 19.

Tabela 1. Cobertura percentual da primeira consulta odontológica programática, nas Macrorregiões de Saúde da Bahia, 2012 – 2022.

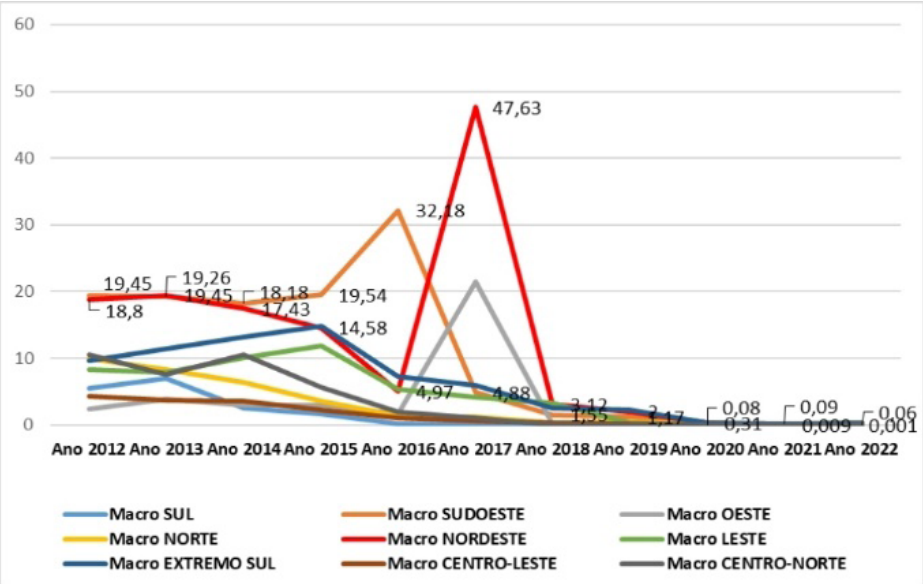
MACRORREGIÕES	Ano 2012	Ano 2013	Ano 2014	Ano 2015	Ano 2016	Ano 2017	Ano 2018	Ano 2019	Ano 2020	Ano 2021	Ano 2022
Macro SUL	50,47	19,77	21,09	6,39	3,76	11,12	2,43	0,15	0,01	0,01	0,02
Macro SUDOESTE	54,49	18,53	9,96	20,2	7,99	6,55	1,33	1,04	0,49	0,35	0,16
Macro OESTE	9,86	8,57	9,16	21,96	7,32	4,38	1,49	0,77	0,39	0,29	0,38
Macro NORTE	20,63	23,02	10,47	10,07	6,76	5,62	0,61	0,22	0,03	0,02	0,06
Macro NORDESTE	96,03	11,21	23,91	7,29	8,05	23,76	16,68	8,45	0,86	0,76	0,81
Macro LESTE	10,98	8,15	11,95	4,26	5,84	17,64	1,91	1,04	0,2	0,18	0,19
Macro EXTREMO SUL	8,17	45,76	30,51	36,16	7,90	6,94	2,51	2,23	0,78	1,03	1,5
Macro CENTRO - LESTE	37,73	41,94	11,95	32,49	5,1	6,13	2,39	1,13	9,61	0,55	0,57
Macro CENTRO - NORTE	24,95	27,16	10,92	7,12	10,61	5,04	1,33	1,42	2,43	2,64	0,15

FONTE: Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2023.

No Gráfico 1, observa-se o indicador média de ações coletivas de escovação dental supervisionada. Os resultados do cálculo do indicador mostram um declínio da atividade de escovação supervisionada, em todas as macrorregiões, a

partir 2018, destacando-se no período a macrorregião Sudoeste com a maior média de ações coletivas de escovação supervisionada (32,18%) em 2016, e a Nordeste com a maior média da atividade coletiva, no ano de 2017 (47,63%).

Gráfico 1. Média de ações coletivas de escovação dental supervisionada, nas Macrorregiões de Saúde da Bahia, 2012 – 2022.



FONTE: Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2023.

Na Tabela 2, é possível observar o percentual de proporção de exodontia em relação aos procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos. Verifica-se que as macrorregiões que apresentaram a proporção de exodontia acima de 50,0% foram: a macrorregião Norte (68,26%, em 2012, e 71,93%, em 2016), e a Sul (55,46%, em

2013 e 52,93% em 2017). Apesar da cautela na observação do período de 2020 – 2022, chama atenção a proporção de exodontia da macrorregião Sudoeste que foi de 94,89%, em 2021 (a maior proporção do período de 2012 – 2022) e, no ano de 2022, destacam-se a macro Leste, (14,17%), e a Centro Norte (13,29%).

Tabela 2. Proporção percentual de exodontia em relação aos procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos, nas Macrorregiões de Saúde da Bahia, 2012 – 2022.

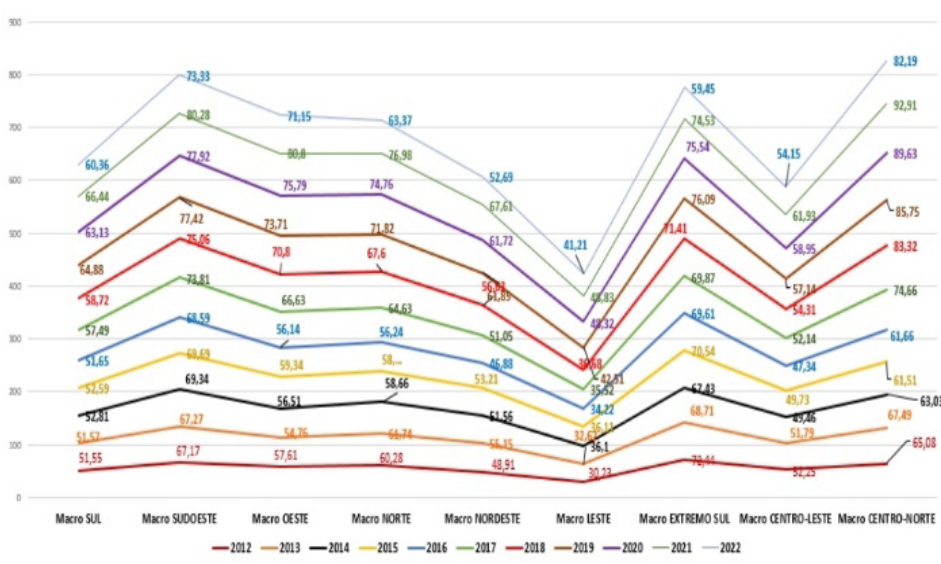
MACRORREGIÕES	Ano 2012	Ano 2013	Ano 2014	Ano 2015	Ano 2016	Ano 2017	Ano 2018	Ano 2019	Ano 2020	Ano 2021	Ano 2022
Macro SUL	14,13	55,46	10,53	2,96	17,65	52,93	9,86	9,03	10,81	9,06	6,72
Macro SUDOESTE	15,28	13,33	13,41	7,73	7,26	7,74	1,91	2,3	5,74	94,89	2,81
Macro OESTE	66,1	18,01	16,79	7,55	3,84	3,11	15,56	13,83	9,95	9,71	5,44
Macro NORTE	68,26	6,04	7,00	19,4	71,93	2,1	8,83	5,14	1,97	4,11	2,35
Macro NORDESTE	19,41	3,76	7,89	13,02	14,33	1,07	16,63	5,66	7,84	12,74	8,73
Macro LESTE	23,06	10,72	19,3	48,41	5,29	4,43	7,32	8,83	13,19	1,35	14,17
Macro EXTREMO SUL	13,8	3,48	12,96	10,35	6,61	6,22	4,88	5,61	7,86	11,51	1,91
Macro CENTRO - LESTE	45,89	8,93	9,15	63,1	57,1	6,82	4,09	9,09	12,43	8,63	9,47

FONTE: Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2023.

Quanto ao indicador de cobertura populacional estimada das eSB na ESF (Gráfico 2), observa-se que a macrorregião de saúde Centro Norte, foi a que apresentou o maior percentual de cobertura em 2022 (82,19%), seguida das macrorregiões Sudoeste (73,33%) e Norte (63,37%). Ao contrário, as macrorregiões

Leste (41,21%) e Nordeste (52,69%) foram as que apresentaram a menor cobertura populacional estimada em 2022. Ainda observando o Gráfico 2, é possível perceber que a macrorregião Leste foi a que apresentou menor cobertura populacional durante todo o período de 2012 – 2022.

Gráfico 2. Proporção de cobertura populacional estimada das eSB, nas Macrorregiões de Saúde, da Bahia, 2012 – 2022.

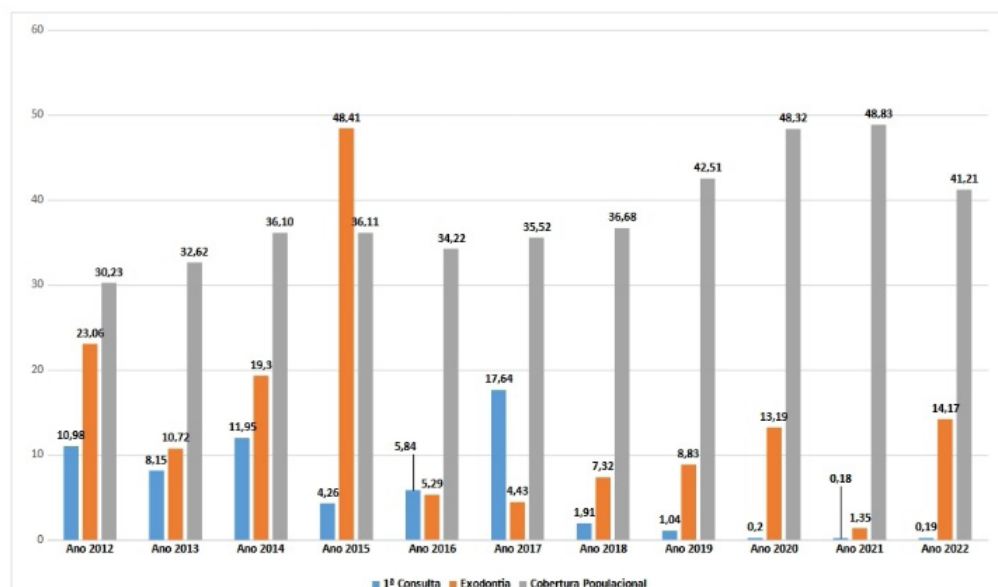


FONTE: Secretaria Estadual de Saúde da Bahia –SESAB, 2023.

O Gráfico 3 apresenta os indicadores de primeira consulta odontológica, de exodontia em relação aos procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos e da cobertura populacional estimada das eSB na ESF, na macrorregião de saúde Leste, e o

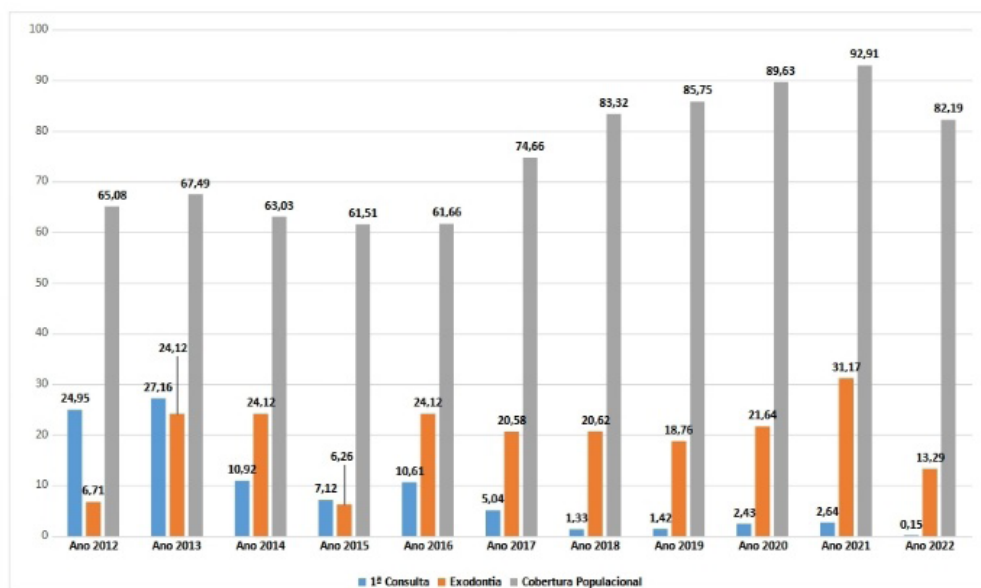
Gráfico 4, apresenta os mesmos indicadores de saúde bucal, na macrorregião Centro Norte; macrorregiões de saúde que apresentaram a menor e a maior cobertura populacional durante todo o período observado (2012 – 2022), respectivamente.

Gráfico 3. Cobertura percentual da primeira consulta odontológica programática, Proporção de exodontia em relação aos procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos e de cobertura populacional estimada das eSB na ESF, na Macrorregião de Saúde Leste, 2012 – 2022.



FONTE: Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS) e Secretaria Estadual de Saúde da Bahia –SESAB, 2023.

Gráfico 4. Cobertura percentual da primeira consulta odontológica programática, Proporção de exodontia em relação aos procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos e de cobertura populacional estimada das eSB na ESF, na Macrorregião de Saúde Centro-Norte, 2012 – 2022.



FONTE: Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS) e Secretaria Estadual de Saúde da Bahia –SESAB, 2023.

Comparando as duas macrorregiões, apesar da evidente diferença da cobertura populacional entre a macrorregião Leste e Centro Norte, é possível destacar que a partir do ano de 2018, o indicador de cobertura da primeira consulta odontológica programática apresentou uma tendência decrescente, e o indicador de proporção de exodontia, uma tendência não linear, em ambas as macrorregiões, culminando no ano de 2022 com um percentual de 0,19% para a cobertura da primeira consulta odontológica programática, e 14,17% a proporção de exodontia, para a macrorregião Leste e, na macrorregião Centro Norte, 0,15% e 13,29%, respectivamente para os mesmos indicadores.

DISCUSSÃO

Analisando o panorama da saúde bucal na APS, nas macrorregiões de saúde da Bahia, verificou-se que houve uma redução de todos os indicadores observados neste estudo, no período 2012 - 2022.

Com relação ao declínio da cobertura da primeira consulta odontológica programática, observou-se que esta ocorreu, mais acentuadamente, a partir de 2017, sendo as maiores coberturas observadas no ano de 2012, na macrorregião Nordeste, seguida pelas macrorregiões Sudoeste e Sul, e a menor cobertura na macrorregião Sul, no ano de 2019.

Não há dúvidas de que a PNSB trouxe uma mudança nesse paradigma, porém, apesar dos esforços para a melhoria desse serviço, ainda persistem dificuldades para a garantia do acesso da população aos serviços odontológicos como: a não permanência dos profissionais nas eSB, devido aos vínculos precarizados de trabalho; a dificuldade de manutenção de equipamentos e compra de material de consumo; entre outros. Estudos demonstram que a região Norte e Nordeste apresentam uma visível iniquidade relacionada à oferta e a utilização dos serviços públicos odontológicos, frente às outras regiões do país²⁰.

Quanto ao indicador média de ações coletivas de escovação dental supervisionada, os resultados mostram que houve um declínio acentuado deste indicador, durante o período de 2012 – 2022, em todas as macrorregiões de saúde baianas, destacando-se apenas a macro Nordeste, em 2017, que apresentou um percentual de 47,63% de cobertura, estando acima, pontualmente, da cobertura média nacional de 33%, considerada suficiente pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica²¹.

Num estudo realizado na região do Recôncavo da Bahia, analisando o período de 2008 a 2017, nenhum dos municípios avaliados conseguiu atingir este parâmetro, a partir do ano de 2012²². Para a Organização Mundial de

Saúde, as ações de educação em saúde bucal devem enfatizar mudanças de comportamento e condições que promovam a saúde bucal ou reduzam o risco às doenças bucais, através de uma rotina de escovação com dentífrico fluoretado, a fim de impactar positivamente na diminuição dos problemas de saúde bucal²³.

No indicador proporção de exodontia, os resultados apontam também para um declínio desse procedimento no período observado, ressaltando as macrorregiões Sudoeste, Norte e Extremo Sul, que apresentaram o indicador abaixo de 8,0%, de forma mais recorrente no período de 2012 - 2022, alcançando a meta proposta para este indicador, que segundo o IDSUS⁸, deve ser de 8%.

Quanto menor o percentual de exodontia, maior a qualidade do tratamento ofertado pelo serviço odontológico, demonstrando que as ações da APS se apresentam não mutiladoras. Cabe enfatizar que, segundo dados do Saúde Bucal Brasil (SB Brasil), ocorrido em 2010²⁴, a média de dentes afetados pela cárie dentária foi de 16,8 em adultos (com perda dentária em 44,7%), e em idosos foi de 27,5 (com perda dentária em 93,9%). Os dados preliminares do SB Brasil, de 2022²⁵, apontam para a média de dentes afetados pela doença em adultos de 11,2 (com perda dentária em 33,9%), e em idosos de 23,3 (com perda dentária em 86,3%). Destaca-se o fato de que, apesar da polarização da perda dentária ser observada nos indivíduos adultos e idosos, o grupo de 15 a 19 anos inspira cuidado pois, apesar da média de cárie dentária ter diminuído (4,3 em 2010; 3,5 em 2022), esse grupo teve um aumento do percentual de dentes perdidos de 8,9% para 14,7%, respectivamente, nos estudos de 2010 e de 2022.

Quanto a cobertura populacional estimada da eSB na ESF, nas macrorregiões de saúde da Bahia, observou-se uma maior cobertura populacional na macro Centro Norte, sendo a Leste a que apresentou menor cobertura no ano de 2022. Segundo dados da SESAB¹⁶, comparando a variação percentual de cobertura de 2022 em relação ao ano de 2012, verifica-se que os maiores crescimentos de cobertura populacional ocorreram nas macrorregiões de saúde Leste, Centro Norte e Oeste, com 36,34%, 26,29% e 23,49% de crescimento, respectivamente.

Apesar do Estado da Bahia apresentar o maior percentual de eSB cadastradas no Ministério da Saúde, na região Nordeste, esta apresenta a menor cobertura populacional estimada das eSB na ESF. Dados do DATASUS mostram que a região Nordeste possuía um total

de 12.917 equipes de saúde bucal (ligadas a ESF), ao final do ano de 2019, e a Bahia, possuía 22,16%, do número de eSB, totalizando 2.863 equipes¹⁵. Nesse ano, a cobertura populacional estimada pelas eSB era de 60,74%, diminuído em 7,69% essa cobertura, de acordo com os dados da SESAB em 2022¹⁶.

Nesse contexto, cabe destaque para a macrorregião Leste que, apesar de ter apresentado maior crescimento percentual de cobertura populacional estimada pelas eSB, segundo dados da SESAB de 2022, foi a macrorregião que apresentou a menor cobertura ao longo de todo o período observado. Ressalta-se que a macro Leste apresenta o maior número populacional, pois é composta pelas regiões de saúde de Salvador, Camaçari, Cruz das Almas e Santo Antônio de Jesus. Este achado corrobora o resultado de uma pesquisa realizada em 2020, que destaca que o cenário econômico e político tende a aumentar a desigualdade de acesso à saúde, diminuir a cobertura dos serviços e agravar os indicadores de cobertura, principalmente em cidades com mais 100.000 habitantes. Embora as grandes cidades tenham maior poder econômico, muitas delas sempre apresentaram baixa cobertura em eSB, tendo quatro vezes maior chance de diminuir o quantitativo de equipes nessas áreas²⁶.

Quando foram comparadas as macrorregiões de saúde Leste e Centro Norte, respectivamente as macrorregiões que apresentaram menor e maior cobertura populacional para o período observado, pouca ou nenhuma diferença foi observada na tendência dos indicadores de cobertura da primeira consulta odontológica programática, proporção de exodontia e cobertura populacional estimada das eSB na ESF.

As duas macrorregiões de saúde destacadas tiveram uma diminuição acentuada da cobertura da primeira consulta odontológica programática e, apesar de alguns estudos apontarem que maiores coberturas populacionais da eSB na ESF proporcionam maior acesso da população a primeira consulta odontológica, tal relação não foi observada nesta pesquisa. Para a Rede de Pesquisa da Atenção Primária em Saúde, apesar do aumento da oferta nos serviços de saúde bucal na APS por meio da expansão da cobertura da eSB, indicadores como a cobertura da primeira consulta odontológica apresentou redução, a partir de 2016, atingindo redução total de 71,9% no período 2015-2019²⁶. Estudos atribuem a redução do indicador possivelmente às mudanças do sistema de informação

para o e-SUS, ou mesmo à priorização da livre demanda, em detrimento das consultas odontológicas programadas, comprometendo o indicador²⁷.

Quanto ao indicador de proporção de exodontia, observa-se um comportamento não linear nas duas macrorregiões destacadas. A literatura aponta que, quanto maior a cobertura populacional estimada da eSB na ESF, maior é o acesso da população ao serviço de saúde bucal e menor é a proporção de exodontia, demonstrando a melhoria da oferta do serviço. Aponta também que muitas são as causas que colaboram para o aumento e/ou manutenção da proporção elevada desse indicador, como a demanda reprimida que resulta da falta de programas e políticas preventivas em saúde bucal, as desigualdades socioeconômicas, além da percepção da exodontia ainda como medida mais resolutiva de tratamento²⁶. Porém, não é possível afirmar que esses motivos colaboraram e/ou interferiram nas proporções de exodontias observadas nas macrorregiões de saúde baianas, em destaque, cabendo um aprofundamento da análise.

Recentemente, houve a sanção da Lei 14.572, de 2023²⁸, que incluiu a saúde bucal na Lei Orgânica da Saúde. Assim, a saúde bucal passa a integrar o SUS de forma definitiva, como política de Estado, com o objetivo de melhorar o acesso ao atendimento odontológico, principalmente para a populações mais vulneráveis e em regiões de vazios assistenciais, uma das principais diretrizes da PNSB de 2004. Com essa sanção, também foi instituída a Portaria 960, de julho de 2023²⁹, que prevê o pagamento por desempenho da saúde bucal na APS. Para essa finalidade, houve a ampliação do conjunto de indicadores de pagamento por desempenho a ser observado na atuação das equipes de saúde bucal.

Além desses indicadores, o Conselho Nacional de Saúde recomendou ao Ministério da Saúde: a promoção de inserção de novas tecnologias na atenção à saúde bucal do SUS; a readequação das portarias que regem o funcionamento dos Centros de Especialidades Odontológicas; a ampliação das eSB na APS; a inclusão das eSB em todas as unidades de pronto atendimento do país; e a ampliação do financiamento da Saúde Bucal. Espera-se que a Rede de Atenção à Saúde Bucal possa se tornar concreta, com a retomada de uma agenda de fortalecimento da PNSB³⁰.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu identificar o panorama da saúde bucal na APS nas macrorregiões de saúde da Bahia, no período de 2012 - 2022. Observou-se um declínio dos indicadores da cobertura da primeira consulta odontológica programática, da média de escovação supervisionada, e da proporção de exodontias em relação aos procedimentos clínicos individuais, preventivos e curativos. As macrorregiões Leste e Centro Norte apresentaram a menor e a maior cobertura populacional das eSB, respectivamente, porém na comparação com o indicador da primeira consulta odontológica e com o indicador de proporção de exodontias, aponta-se a necessidade de aprofundamento do estudo, com vistas a melhor compreender a relação entre esses indicadores.

Como limites, apontam-se a utilização de dados provenientes de diferentes bases de acesso público, além de dados populacionais estimados, que podem ter interferido no cálculo dos indicadores de saúde bucal, sub ou superdimensionando os resultados encontrados.

A despeito dessa situação, ratifica-se a importância do uso dos indicadores para o monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde bucal, uma vez que o reconhecimento da situação de saúde favorece um melhor planejamento da rede de atenção. Por fim, espera-se que as novas definições para o setor possam aumentar efetivamente a cobertura populacional das eSB, valorizar os profissionais que atuam na saúde bucal no âmbito do SUS e melhorar o acesso e a resolutividade das ações, permitindo a melhoria das condições de saúde bucal para a população.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Claudia Cerqueira Graça Carneiro: Concepção, desenvolvimento, coleta e análise dos dados, discussão dos resultados, elaboração e redação do manuscrito.

Carlito Lopes Nascimento Sobrinho: Concepção, discussão dos resultados, revisão da redação do manuscrito.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram ausência de conflito de interesse.

ORCID

Claudia Cerqueira Graça Carneiro: <https://orcid.org/0000-0002-1198-4557>

Carlito Lopes Nascimento Sobrinho <https://orcid.org/0000-0002-6387-3760>

REFERÊNCIAS

1. Melo DS, Silva AAA, Martelli PJL, Lyra TM, Miranda GMD, Mendes ACG. O direito à saúde no território: o olhar dos usuários para Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet*. 2021;26(10):4569-78.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1444/GM de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família [internet]. Diário Oficial da União 29 dez 2000 [acesso em 3 out 2023]. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/11652497918841%20Portaria%20N%BA%201444%20de%2028%20dez%20de%202000.pdf>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 267, de 6 de março de 2001 [internet]. Diário Oficial da União 7 mar 2001 [acesso em 3 out 2023]; Seção 1:67. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Portaria_n_267_de_06_mar_2001/53.
5. 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 [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [acesso em 3 out 2023]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf.
6. França MASA, Freire MCM, Pereira EM, Marcelo VC. Indicadores de saúde bucal propostos pelo Ministério da Saúde para monitoramento e avaliação das ações no Sistema Único de Saúde: pesquisa documental, 2000-2017. *Epidemiol Serv Saude*. 2020;29(1):e2018406.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica e NASF: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): terceiro ciclo (2015-2017) [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 10 out 2023]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf.
8. Brasil. Ministério da Saúde. IDSUS: Indicadores de Desempenho do Sistema Único de Saúde [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 10 out 2023]. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/documentos.html>.
9. Seta MH, Ocké-Reis CO, Ramos ALP. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Cien Saude Colet*. 2021;26 Suppl 2:3781-6.
10. Cunha AR, Velasco SRM, Hugo FN, Antunes JLF. The impact of the COVID-19 pandemic on the provision of dental procedures performed by the Brazilian Unified Health System: a syndemic perspective. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;24:e210028.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Relatório. Assunto: análise de impacto regulatório: as dificuldades de implementação do atendimento odontológico como etapa de rotina das consultas de pré-natal [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 15 out 2023]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/doc_tec/23.11.2022%20_%20prt%20gm%204058.2022.pdf.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Censo 2022 [acesso em 15 out 2023]. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/>.
13. Ministério da Saúde [homepage na internet]. e-Gestor Atenção Básica: informação e gestão da Atenção Básica [acesso em 15 out 2023]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>.
14. Martinelli DLF, Cascaes AM, Frias AC, Souza LB, Bomfim RA. 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. *Epidemiol Serv Saude*. 2021;30(4):e20201140.
15. Ministério da Saúde [homepage na internet]. Datasus. Departamento de Informática do SUS [acesso em 18 out 2023]. Disponível em: <http://sia.datasus.gov.br/>.

16. Governo do Estado da Bahia. Secretaria da Saúde [homepage na internet]. Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica – CAMAB [acesso em 18 out 2023]. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/camab/>.
17. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução n.º 510, de 7 de março de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais [internet]. Diário Oficial da União 24 maio 2016 [acesso em 22 out 2023]. Disponível em: <http://bit.ly/2fmnKeD>.
18. Governo do Estado da Bahia. Resolução n.º 275/2012. Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais [internet]. 15 ago 2012 [acesso em 22 out 2023]. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/docs/RESOLU%C3%87%C3%83O%20275_15.08.2012_Aprova%20Regi%C3%B5es%20de%20Sa%C3%BAde%20e%20CIR.pdf.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2013-2015. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.
20. Rabello RED, Monteiro AX, Lemos SM, Teixeira E, Honorato EJS. Desafios do acesso à saúde bucal: uma revisão integrativa da literatura. *Rev APS*. 2021; 24 Suppl 1:219-35.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Qualificação dos indicadores do manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica (saúde da família, saúde bucal e equipes arametrizadas) e NASF. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
22. Souza AA, Bastos Neto BC, Santos LPS, Oliveira NR. Exodontias na Atenção Básica em municípios com e sem Centro de Especialidades Odontológicas: análise de indicadores de saúde bucal. *Arq Odontol*. 2021;57:e05.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno temático do Programa Saúde na Escola: saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
25. Universidade Federal de Minas Gerais; Sistema Único de Saúde; Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: SB Brasil vigência 2021-2022: resultados preliminares. Brasília: Ministério da Saúde; [2022] [acesso em 20 out 2023]. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20221216_I_mod2resultadospreliminaresBrasiliamonsitecompresssed_288277690346345359.pdf.
26. Chaves SCL, Lima AMFS, Vilela DMOC, Souza LP. Implantação da Política Nacional de Saúde Bucal em 2019. Salvador: Observatório de Análise Política em Saúde; 2019.
27. Reis TC, Fumagalli IHT, Lago LPM, Mestriner SF, Ramos MM, Mestriner Júnior W. O impacto da Estratégia Saúde da Família nos indicadores de saúde bucal. *Robrac: Rev Odontol Bras Central*. 2021;30(89):300-22.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Lei n.º 14.572, de 8 de maio de 2023. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS [internet]. Diário Oficial da União 09 maio 2023 [acesso em 23 out 2023];p. 1, col. 1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14572.htm.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS n.º 960, de 17 de julho de 2023. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Pagamento por Desempenho da Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde - APS, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS [internet]. Diário Oficial da União 18 jul 2023 [acesso em 23 out 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0960_18_07_2023.html.
30. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Recomendação n.º 003, de 16 de fevereiro de 2023. Recomenda ações de serviços e retomada de uma agenda de fortalecimento da Política Nacional de Saúde Bucal, com vistas a alcançar as necessidades da população, conforme previsão constitucional [internet]. 2023 [acesso em 25 out 2023]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/2893-recomendacao-n-003-de-16-de-fevereiro-de-2023>

Oral health in primary care panorama in Bahia macro-regions

Aim: To identify the oral health panorama in Primary Health Care, from 2012 to 2022, in the health macro-regions of Bahia.

Methods: A descriptive ecological study was carried out using data from the indicators of the proportion of exodontia, first programmatic dental appointment, average supervised brushing and population coverage of Oral Health Teams.

Results: Most of Bahia's health macro-regions showed a decline in the indicator for the proportion of exodontia in relation to individual preventive and curative procedures, suggesting a reduction in mutilating procedures in the public service. The data also showed a sharp decline in the indicators for coverage of the first programmatic dental appointment and average supervised brushing, as well as a decline in the estimated population coverage of the OHC, conditions which may hinder the population's access to quality oral health care.

Conclusion: The need to use indicators for oral health planning is emphasized, and it is hoped that the new definitions for the sector, proposed for 2023, can effectively improve the quality the oral health care.

Uniterms: health status indicators; Primary Health Care; dental health services.