

UNILEÃO  
CENTRO UNIVERSITÁRIO  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

VINICIUS ARRUDA MIRANDA

**EVOLUÇÃO DA COBERTURA DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO ESTADO  
DO CEARÁ**

JUAZEIRO DO NORTE-CE  
2020

VINICIUS ARRUDA MIRANDA

**EVOLUÇÃO DA COBERTURA DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO ESTADO  
DO CEARÁ**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à  
Coordenação do Curso de Graduação em  
Odontologia do Centro Universitário Doutor Leão  
Sampaio, como pré-requisito para obtenção do grau  
de Bacharel.

Orientador(a): Prof. Dr. Thyago Leite Campos De  
Araujo

Coorientador(a): Prof. Me. Francisco wellery Gomes  
Bezerra.

JUAZEIRO DO NORTE-CE  
2020

VINICIUS ARRUDA MIRANDA

**EVOLUÇÃO DA COBERTURA DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO ESTADO  
DO CEARÁ**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à  
Coordenação do Curso de Graduação em  
Odontologia do Centro Universitário Doutor Leão  
Sampaio, como pré-requisito para obtenção do grau  
de Bacharel.

Aprovado em 03/07/2020.

BANCA EXAMINADORA

---

PROFESSOR (A) DOUTOR (A) THYAGO LEITE CAMPOS DE ARAUJO  
**ORIENTADOR (A)**

---

PROFESSOR (A) MESTRE (A) JOÃO MARCOS FERREIRA DE LIMA E SILVA  
**MEMBRO EFETIVO**

---

PROFESSOR (A) DOUTOR (A) TARCIANA OLIVEIRA GUEDES  
**MEMBRO EFETIVO**

## RESUMO

O acesso ao serviço público odontológico no Brasil se deu através da implantação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF). O objetivo do trabalho foi verificar a evolução da cobertura das ESB, no estado do Ceará, utilizando dados secundários da cobertura de ESF e cobertura ESB obtidos a partir das informações do consolidado histórico de cobertura da saúde da família do Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde, registrados pelo SIA/SUS referente ao último mês de atualização do e-gestor da atenção básica, correspondente ao mês de dezembro de 2019. Os dados coletados foram tabulados em planilhas do Microsoft Office Excell 2010 que mostrou como resultado que foram implantadas 1.967 Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF) em 184 municípios, gerando uma cobertura de 68,78%. O número total de ESF no estado do Ceará é de 2.544 equipes, gerando uma cobertura de 82,90% da população. Dentre as microrregionais de saúde do estado do Ceará, a cobertura populacional de ESB da 1ª regional de saúde é de (37,54%), seguida da 6ª Região Itapipoca (59,33%), as três regionais do Cariri apresentam 21ª Região Juazeiro do Norte (71,03%) de cobertura, 20ª Região Crato (84,99%), 19ª Região Brejo Santo (97,46%). O estado do Ceará teve um aumento em dez anos de 75% da cobertura de ESB, a região da capital Fortaleza é a que apresenta menor cobertura. A inserção da ESB na APS é um avanço, entretanto ainda torna-se necessário equiparar com o número de ESF.

**Palavras-chave:** Atenção Primária. Equipe de Saúde Bucal. Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

Access to public dental services in Brazil was achieved through the implementation of the Oral Health Teams in the Family Health. The objective of the work was to verify the evolution of the oral health coverage, in the state of Ceará, using secondary data of the oral primary coverage and coverage obtained from information from the consolidated history of family health coverage of the Department of Primary Care of the Ministry of Health. Health, registered by the SIA / SUS for the last month of updating the primary care e-manager, corresponding to the month of December 2019. The data collected were tabulated in Microsoft Office Excell 2010 spreadsheets which showed as a result that 1,967 Teams were implemented Oral Health (ESB) in the Family Health Strategy (ESF) in 184 municipalities, generating a coverage of 68.78%. The total number of FHS in the state of Ceará is 2,544 teams, generating coverage of 82.90% of the population. Among the micro health regions in the state of Ceará, the population coverage of ESB in the 1st health region is (37.54%), followed by the 6th Itapipoca Region (59.33%), the three Cariri regions have the 21st Juazeiro Region do Norte (71.03%) coverage, 20th Crato Region (84.99%), 19th Brejo Santo Region (97.46%). The state of Ceará has had an increase of 75% in the ESB coverage in ten years, the region of the capital Fortaleza has the lowest coverage. The insertion of ESB in PHC is an advance, however it is still necessary to match the number of ESF.

**Keyword:** Primary Attention. Oral Health Team. Family Health Strategy.

## LISTA DE QUADRO

<b>Quadro 1</b> – Cobertura de Saúde Bucal por Regional de Saúde o Estado do Ceará na competência de Dezembro de 2019 .....	16
<b>Quadro 2</b> – Cobertura da Estratégia Saúde da Família por Regional de Saúde o Estado do Ceará na competência de Dezembro de 2019 .....	17

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Mapa das Regionais de Saúde do estado do Ceará .....	15
--	----

## LISTA DE SIGLAS

<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>ASB</b>	Auxiliar De Saúde Bucal
<b>CD</b>	Cirurgião Dentista
<b>CEO-R</b>	Centros de Especialidades Odontológicas Regionais
<b>CRES</b>	Coordenadoria Regional de Saúde
<b>DAB</b>	Departamento de Atenção Básica
<b>DESF</b>	Departamento de Saúde da Família
<b>ESB</b>	Equipes de Saúde Bucal
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>IDH</b>	Índice De Desenvolvimento Humano
<b>IPECE</b>	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PNH</b>	Política Nacional de Humanização
<b>PNS</b>	Pesquisa Nacional de Saúde
<b>PNSB</b>	Política Nacional de Saúde Bucal
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>QUAD</b>	Quadro
<b>SIA/SUS</b>	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
<b>SSB</b>	Serviços De Saúde Bucal
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 METODOLOGIA .....</b>	<b>14</b>
<b>3 RESULTADOS.....</b>	<b>15</b>
<b>4 DISCUSSÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>24</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu na década de 90 em uma proposta de reorientar o sistema de saúde com foco na atenção primária, este programa foi substituído para Estratégia Saúde da Família (ESF) como foco nas ações de promoção, prevenção e tratamento das doenças, tornando-se a porta de entrada dos indivíduos para o sistema de saúde, e com isso a promoção do controle social e a aproximação entre as equipes de saúde com as famílias de cada território (FERREIRA *et al.*, 2011).

A Atenção Primária é o primeiro nível de atenção em saúde e que caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, que inclui a promoção e a proteção da saúde, o diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção tanto a nível individual como a nível coletivo (FERREIRA *et al.*, 2011).

A ESF mantém os princípios básicos do SUS, ou seja, a integralidade das ações e participação da comunidade, universalização, descentralização, se encontra estruturada em Unidade de Saúde da Família (USF), juntamente com equipe multiprofissional que consta com a equipe mínima de médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde e técnico ou auxiliar de enfermagem, que tem como responsabilidade o acompanhamento permanente da saúde de um número determinado de famílias e indivíduos que moram na área territorial de responsabilidade da ESF, facilitando o estabelecimento de vínculos de compromisso entre os profissionais de saúde e a população (FERREIRA *et al.*, 2011).

A equipe de saúde bucal, porém englobou-se a esse novo modelo de assistência somente após o surgimento da Portaria nº 1.444 de 28/12/2000. Essa portaria fornece incentivo financeiro para que haja a reorganização das práticas de assistência em saúde bucal através do então projeto Programa de Saúde da Família, diante desse fato, observou-se um grande avanço para a realização de atividades que almejavam promover a saúde bucal no país. Podem ainda ser mencionadas outras ações ministeriais que contribuíram de maneira significativa para que houvesse a implementação de equipes de atenção à saúde odontológica ofertadas pelo SUS, entre elas duas se destacaram quanto a essas ações: Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (SANTOS, 2017).

Destaca-se que a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) criou diretrizes, para as práticas de saúde bucal, baseadas nas concepções do cuidar como embasamento para a reorientação do modelo no qual os conceitos de saúde é centralizada nas ações que atuam na

qualidade de vida e intervenção em intercorrências que possam vir a colocar em risco a saúde da família (PINHO *et al.*, 2015).

A incorporação da saúde bucal no Sistema Único de Saúde-SUS ocorreu de maneira paralela a estruturação dos demais serviços de assistência em saúde da população, a inserção da saúde bucal na ESF tem se mostrado em possibilidades de rompimento com a saúde odontológica excludente, tecnicista e centrada na realização de procedimentos clínicos, procedendo como uma forma de modificar o processo de trabalho. Nessa contextualização, a junção da ESB coma saúde da família tem despertado o interesse quanto a realização de estudos que tratem da atenção à saúde odontológica brasileira, dados do Departamento da Atenção Básica mostra que essa inserção de saúde bucal no Brasil aconteceu de maneira desigual, algumas regiões brasileiras, o número de ESB é bem abaixo do preconizado, tornando-se importante conhecer a evolução dessas equipes para ser realizado um mapeamento das áreas que precisam dessa inclusão (MALTA *et al.*, 2016; SCHERER *et al.*, 2018).

Diante do contexto de regionalizar o que foi separado pela descentralização, mediante um mecanismo de regionalização com forte atividade do estado no planejamento e expansão do sistema de saúde pública. O estado do Ceará tem se destacado pela incorporação de Centros de Especialidades Odontológicas Regionais (CEO-R) na saúde populacional cearense, tendo por suporte regiões cuja localização estejam em um mesmo polo de saúde (GOYA, 2016; SANTOS, 2017).

No Brasil houve um crescimento exponencial do número de ESB implantadas, desde o incentivo à sua implantação no então PSF, contudo em algumas regiões não houve melhoria significativa nos indicadores de saúde bucal, sendo de extrema importância monitorar todos os serviços realizados e a sua produção com impacto na saúde da população (PEREIRA *et al.*, 2009).

Este trabalho teve como objetivo analisar a evolução da cobertura das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família no estado do Ceará.

## **2 METODOLOGIA**

Foi delineado um estudo transversal exploratório, utilizando dados secundários da cobertura de Saúde da Família e cobertura de Saúde Bucal obtidos a partir das informações do consolidado histórico de cobertura da saúde da família do Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde, registrados pelo SIA/SUS referente ao último mês de atualização do e-gestor da atenção básica, correspondente ao mês de dezembro de 2019. Os dados foram coletados no mês de junho de 2020 diretamente no banco de dados do Departamento de Informática do Ministério da Saúde DAB/Atenção Básica/Saúde da Família. Os dados coletados foram tabulados em planilhas do Microsoft Office Excell 2010 e foram analisados e apresentados através da distribuição de frequências absolutas e percentuais quantitativos de cobertura por regional de saúde. Na análise dos dados foi considerado o número de implantação das ESB e ESF e o quantitativo dessas equipes referente ao ano de 2019.

### 3 RESULTADOS

No estado do Ceará até dezembro de 2019 foram implantadas 1.967 Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF) em 184 municípios, gerando uma cobertura de 68,78%. O número total de ESF no estado do Ceará é de 2.544 equipes, gerando uma cobertura de 82,90% da população. A implantação da Equipe de Saúde Bucal no PSF na região nordeste assim como demais regiões brasileiras teve início no ano de 2001, de forma progressiva, o estado iniciou em 2001 com 195 equipes de saúde bucal implantadas nesse mesmo ano, com relação a Equipe de Saúde da Família sua totalidade era de 1.055 unidades. O estado do Ceará é dividido em 22 regionais de saúde (Figura 1), a regionalização é a diretriz do Sistema Único de Saúde–SUS pautada na descentralização relacionada aos serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores (Pacto pela Saúde 2006, Portaria/GM n.º 399 de 22 de fevereiro de 2006). Cada microrregião tem um órgão de representação da Secretaria Estadual da Saúde, denominada Coordenadoria Regional de Saúde–CRES.

Figura 01: Mapa das Regionais de Saúde do estado do Ceará.



Fonte: IPECE, Ceará 2008.

Dentre as microrregionais de saúde do estado do Ceará, a cobertura populacional de ESB da 1ª regional de saúde é de (37,54%), seguida da 6ª Região Itapipoca (59,33%), as três regionais do Cariri apresentam 21ª Região Juazeiro do Norte (71,03%) de cobertura, 20ª Região Crato (84,99%), 19ª Região Brejo Santo (97,46%), a 14ª Região Tauá é a regional que apresenta a melhor cobertura de ESB totalizando 98,83%.

Quadro 01. Cobertura de Saúde Bucal por Regional de Saúde o Estado do Ceará na competência de Dezembro de 2019.

Região de Saúde	População	Nº eSFSB Cob.	Estim. Pop. Cob. ESFSB	Cobertura ESFSB
1ª Região Fortaleza	2.815.208	308	1.056.830	37,54%
2ª Região Caucaia	622.567	124	396.901	63,75%
3ª Região Maracanaú	541.445	130	415.562	76,75%
4ª Região Baturité	139.835	51	135.877	97,16%
5ª Região Canindé	207.272	42	125.600	60,59%
6ª Região Itapipoca	298.021	52	176.844	59,33%
7ª Região Aracati	118.032	32	88.798	75,23%
8ª Região Quixadá	324.916	94	281.159	86,53%
9ª Região Russas	200.370	49	147.667	73,69%
10ª Região Limoeiro do Norte	226.975	71	205.220	90,41%
11ª Região Sobral	649.591	176	546.085	84,06%
12ª Região Acaraú	229.794	60	195.518	85,08%
13ª Região Tianguá	317.423	84	264.316	83,26%
14ª Região Tauá	115.054	39	113.717	98,83%
15ª Região Crateús	298.894	83	248.846	83,25%
16ª Região Camocim	157.316	43	128.879	81,92%
17ª Região Icó	172.716	51	142.694	82,61%
18ª Região Iguatú	322.737	93	288.218	89,30%
19ª Região Brejo Santo	215.343	82	209.889	97,46%

20ª Região Crato	347.672	97	295.510	84,99%
21ª Região Juazeiro do Norte	426.591	105	303.015	71,03%
22ª Região Cascavel	327.877	101	290.464	88,58%

Fonte: MS/SAPS/Departamento de Saúde da Família – DESF Unidades Geográficas: REGIÕES DE SAÚDE CE Período: Dezembro de 2019.

Dentre as microrregionais de saúde do estado do Ceará, a cobertura populacional de ESF da 1ª regional de saúde é de (57,15%), as três regionais do Cariri apresentam 21ª Região Juazeiro do Norte (85,58%) de cobertura, 20ª Região Crato (99,87%), a 6ª Região Itapipoca e a 19ª Região Brejo Santo são regionais com 100% de cobertura.

Quadro 02. Cobertura da Estratégia Saúde da Família por Regional de Saúde o Estado do Ceará na competência de Dezembro de 2019.

Região de Saúde	População	Nº ESF Cob.	Estim. Pop. Cob. ESF	Cobertura ESF
1ª Região Fortaleza	2.815.208	477	1.609.043	57,15%
2ª Região Caucaia	622.567	168	517.335	83,09%
3ª Região Maracanaú	541.445	170	535.760	98,95%
4ª Região Baturité	139.835	53	139.835	100%
5ª Região Canindé	207.272	51	157.992	76,22%
6ª Região Itapipoca	298.021	100	298.021	100%
7ª Região Aracati	118.032	39	112.948	95,69%
8ª Região Quixadá	324.916	105	303.619	93,44%
9ª Região Russas	200.370	74	199.386	99,50%
10ª Região Limoeiro do Norte	226.975	81	226.237	99,67%

11ª Região Sobral	649.591	220	629.572	96,91%
12ª Região Acaraú	229.794	73	220.170	95,81%
13ª Região Tianguá	317.423	102	293.679	92,51%
14ª Região Tauá	115.054	45	114.118	99,18%
15ª Região Crateús	298.894	107	282.307	94,45%
16ª Região Camocim	157.316	49	153.029	97,27%
17ª Região Icó	172.716	56	166.844	96,60%
18ª Região Iguatú	322.737	113	319.425	98,97%
19ª Região Brejo Santo	215.343	93	215.343	100%
20ª Região Crato	347.672	127	347.244	99,87%
21ª Região Juazeiro do Norte	426.591	131	365.115	85,58%
22ª Região Cascavel	327.877	110	317.113	96,71%

Fonte: MS/SAPS/Departamento de Saúde da Família – DESF Unidades Geográficas: REGIÕES DE SAÚDE – CE Período: Dezembro de 2019.

#### 4 DISCUSSÃO

De acordo com os resultados da pesquisa, o estado Ceará apresenta no ano de 2019, uma cobertura aproximada de 69% de equipes de saúde bucal, de acordo com Pinho *et al.* (2015) o Brasil apresenta uma polarização na cobertura de equipes de saúde bucal, dados obtidos no mês de dezembro de 2019 mostra que a população brasileira é composta por 206.114.067 habitantes com uma cobertura de 52,97% de ESB e 74,76 de ESF, esse resultado mostra que o país apresenta um número bem maior no número de cobertura de ESF quando comparados a ESB (LUCENA *et al.*, 2011). Os dados da pesquisa mostram que os municípios devem ampliar o número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia Saúde da Família (ESF), visto que de acordo com os dados do último levantamento epidemiológico SB-2010, o índice de cárie encontra-se polarizado em determinadas regiões do país e o número idosos que possuem necessidade de uso prótese é bastante elevado. O acesso a população brasileira a um serviço odontológico gratuito a nível nacional iniciou no ano de 2001 com a inclusão da ESB na ESF, tornando-se o acesso às ações de saúde bucal seguindo os princípios do SUS, a inclusão se deu através da Portaria 1.444 de dezembro de 2000. Poucos meses depois, foi publicada também a Portaria 267 de março de 2001, foi definido as modalidades de equipe que foram classificadas em: Modalidade I, composta por Cirurgião Dentista (CD) e Técnica de Saúde Bucal ou Auxiliar de Saúde Bucal (ASB); Modalidade II, composta por CD, ASB ou Técnico de Saúde Bucal e Técnico de Saúde Bucal (TSB) (BRASIL, SB Brasil 2010).

De acordo com dados levantados na pesquisa a implementação da ESB no programa de saúde da família no Nordeste assim como em outras localidades do território nacional iniciou-se no ano de 2001 de uma forma gradual, o estado do Ceará nesse mesmo ano contou com a participação de 195 equipes de saúde bucal, no qual o número de Equipes de Saúde da Família era de 1.055. Dentro do contexto da região nordeste, segundo informações obtidas do Departamento de Atenção Básica (DAB) do ano de 2019 o Ceará contabilizava 82,90% de cobertura de ESB, Pernambuco 80,56% e Piauí 99,98%. Já na região Sudeste os resultados mostram diferenças significativas quanto a esse tipo de cobertura, no qual São Paulo conta com 34,16%, Rio de Janeiro 32,53% e no Centro-Oeste o Distrito Federal com 29,44%. A nível nacional esses dados se mostram ainda em crescimento, nota-se que o Brasil conta com uma cobertura de ESB de 52,97% e 74,76% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família, a região Nordeste e Sudeste perfazem um total de cobertura de 72,48% e 45,15% respectivamente para ESB e 85,3% (Nordeste) e 67,88% (Sudeste) para ESF, demonstrando que a região Nordeste apresenta um número maior de equipes quando comparado a região

sudeste. O acesso gratuito e universal aos serviços de saúde bucal é um dos princípios norteadores das ações da PNSB, que torna-se responsabilidade dos gestores favorecer esse acesso da população.

A Política Nacional de Humanização (PNH) define que é uma responsabilidade municipal a oferta de acessibilidade ao acompanhamento odontológico e a promoção de atividades que visem higiene bucal supervisionada no combate a patologias bucais mais prevalentes tais como cárie e a gengivite (RAMOS e SETA, 2019).

Corroborando com esses achados, Pinho *et al.* (2015) menciona que a região nordeste concentra 29% da população brasileira e 16% do Produto Interno Bruto (PIB) é oriundo dessa região. Já a região Sudeste abriga a maior densidade demográfica é polo dos maiores centros comerciais do Brasil. A região sul corresponde a 6,76% do território brasileiro sendo a menor do país. Essa região também apresenta melhor expectativa de vida do Brasil, maior PIB per capita e elevado índice de desenvolvimento humano (IDH). A região nordeste e em particular o estado do Ceará, apresentam maior porcentagem na cobertura da ESF e ESB, quando comparada as outras regiões norte, sudeste, sul e centro-oeste.

Os dados que embasam este estudo mostraram que em 10 anos houve 75% de crescimento da cobertura de ESB no Ceará. Esse crescimento está diretamente correlacionado a investimentos nas políticas públicas de saúde na região bem nas melhorias impostas pela PNS no país. No estado do Ceará até dezembro de 2019 foram criados 1.967 Equipes de Saúde Bucal (ESB) para atuar na Estratégia Saúde da Família (ESF) em 184 municípios, perfazendo assim um total de 68,78% de cobertura em saúde odontológica, sendo 2.544 o total de ESF promovendo uma cobertura de 82,90% da população. Segundo Scherer *et al.* (2018) no ano de 2002 a cobertura populacional das ESB na estratégia de saúde da família (ESF) tinha um percentual de 15%, no ano de 2017, passou para 38%, correspondendo a uma assistência de saúde a 77,3 milhões de indivíduo. Indo além da ampliação, acesso e inclusão da saúde bucal na ESF as políticas públicas de saúde tem se constituído a possibilidade do rompimento com as ações odontológicas excludentes, tecnicista e voltadas exclusivamente para o tratamento das doenças, se mostrando como um processo de mudanças no sistema de trabalho. Nessa contextualização, o número de ESB quando comparado ao número de ESF tem mostrado que precisa ainda ter aumento para conseguirmos equiparar com os números.

Os achados do presente estudo enfatizam importantes diferenças entre as microrregionais de saúde do estado do Ceará, sendo que a cobertura populacional de ESB, para cada região foram vistos percentuais de cobertura diferenciados, e regiões como Juazeiro

do Norte (71,03%), Crato (84,99%), Brejo Santo (97,46%), e Tauá (98,83%) se destacaram quanto aos melhores percentuais de cobertura (Quad.1); em contrapartida, a 1ª Região Fortaleza apresentou menor cobertura (37,54%). Essas diferenças podem estar relacionadas os mais diferentes tipos de necessidades assistenciais entre as regiões analisadas no caso de Fortaleza essa é uma região com número populacional maior em relação a todas as outras cidades avaliadas no estudo isso pode ser a justificativa para as disparidades de cobertura populacional encontrada na amostra analisada na pesquisa em questão.

As desigualdades regionais quanto ao acesso a saúde bucal bem como perdas dentárias são situações marcantes, onde os mais acometidos são os adultos e jovens. De forma geral, a população brasileira que mora em regiões Norte e Nordeste acabam apresentando maiores perdas dentárias em comparação aos residentes das regiões Sul e Sudeste, de acordo com o último levantamento epidemiológico SB-2010. Essas diferenças se dão devido a fatores socioeconômicos, acesso aos dentifícios fluoretados, IDH baixo, número baixo de municípios como adição de flúor na água de consumo, medidas amplamente adotadas nas regiões Sul e Sudeste Brasileiro. Leva-se em conta que o acesso de saúde bucal em regiões mais pobres do país é menor. Segundo o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) 2009, a elevada prevalência no que se refere a falta de acesso a saúde bucal sofre variação entre as capitais do Brasil. Em lugares como Manaus, Macapá, Belém e Rio Branco um em cada 4 indivíduos precisam de atendimento odontológico mas não conseguem atendimento. Esses achados são cinco vezes superiores ao mencionado pela população curitibana. Informações do SB-Brasil 2010 mostraram que boa parte dos indivíduos em todas as idades passaram por atendimento no Odontológico, havendo predomínio de atendimentos nos serviços particulares nas regiões Sudeste e Sul entre pessoas adultas e idosos (PERES *et al.*, 2013).

De acordo com Malta *et al.* (2016) mais uma grande parcela da população do Brasil possui cadastro nas unidades de saúde da família, e boa parte desses indivíduos são da zona rural se comparada a urbana. O nordeste brasileiro tem um maior percentual, seguido da região Sul, e a região sudeste apresentou menor proporção. Regiões como Tocantins (acima de 90%), Ceará, Paraíba e Piauí (acima de 80%), e a menor no Distrito Federal, são as Unidades de Federação nos quais se pode observar pessoas cadastrados em unidade de saúde da família.

A utilização dos serviços de saúde bucal (SSB) está diretamente associado a fatores predisponentes, facilitadores e de necessidade. Menores índices socioeconômicos estão

correlacionados de forma negativa ao uso dos serviços no público infantil e também em adultos. Relata-se que boa parte das crianças 91% (IC 95%: 89,4-92,7) acabam não tendo acessibilidade aos serviços de saúde odontológica (GOMES *et al.*, 2014).

Relatos como esse condizem com achados de Barros e Bertoldi, (2002) em pesquisa nacional, foi mostrado que 82,1% das crianças de 0 a 6 anos não frequentaram o dentista anteriormente. Kramer *et al.* (2008) observou num estudo feito em Canela-RS, que os índices de uso dos serviços de saúde bucal por crianças pré-escolares eram baixo (13,3%). Entretanto esse achado difere do que foi observado (49,01%) por Noro *et al.* (2008) em Sobral-CE. Essa falta de similaridade pode estar associada ao fato de que as faixas etárias analisadas nos estudos eram diferentes. No caso da pesquisa realizada no Ceará o público avaliado foi crianças de 5 a 9 anos, esses indivíduos tem sido priorizado na assistência em saúde bucal ofertada pela SUS. Isso permite que sejam sugestionados políticas de saúde odontológica a indivíduos que estejam numa faixa etária menor de cinco anos de idade e que sirva de exemplo para outras regiões.

Apesar de a inclusão da ESB na APS ser um grande avanço na ampliação do acesso da população aos serviços de saúde bucal, sua inserção nas regiões brasileiras se deu por formas desiguais. O estado do Ceará apresenta um alto número de cobertura de equipe de saúde bucal quando comparado a diversos estados brasileiros, mostrando a importância da implementação da PNSB. O aumento na implementação das ESB mostrou pelo SB 2010 que o acesso aos serviços odontológicos aumentaram, porém dados o número de perdas dentárias continua elevada, principalmente entre idosos.

## **5 CONCLUSÃO**

Com base nos dados da pesquisa, identificou-se que, no período pesquisado, o estado do Ceará teve um aumento em dez anos de 75% da cobertura de ESB, a região da capital Fortaleza é a que apresenta menor cobertura. A inserção da ESB na APS é um avanço, entretanto ainda torna-se necessário equiparar com o número de ESF. Torna-se necessário outros estudos para avaliar o impacto não só da implantação de equipes de saúde bucal, mas também como a distribuição dessas equipes pode influenciar na saúde das populações.

## REFERÊNCIAS

BARROS, Aluísio JD; BERTOLDI, Andréa D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, p. 709-717, 2002.

FERREIRA, Angela Maria Brito; COLARES, Viviane; VIEIRA, Sandra Conceição Maria. A Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família no Município do Recife. **Arq Ciênc Saúde** 2011.

GOMES, Antonildes Medeiros Mota; THOMAZ, Erika Bárbara Abreu Fonseca; ALVES, Maria Teresa Seabra Soares de Brito; SILVA, Antônio Augusto Moura; SILVA, Raimundo Antônio. Fatores associados ao uso dos serviços de saúde bucal: estudo de base populacional em municípios do Maranhão, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 629-640, 2014.

GOYA, Neusa. Regionalização da saúde: (in)visibilidade e (i)materialidade da universalidade e integralidade em saúde no trânsito de institucionalidades. **Saúde Soc. São Paulo**, v.25, n.4, p.902-919, 2016.

KRAMER, Paulo Floriani; ARDENGHI, Thiago Machado; FERREIRA, Simone; FISCHER, Laura de Almeida; CARDOSO, Luciana; FELDENS, Carlos Alberto. Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, n. 1, p. 150-156, 2008.

LUCENA, Edson Hilan Gomes; PUCCA, Gilberto Alfredo; SOUSA, Maria Fátima. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. 2011.

MALTA, Deborah Carvalho; SANTOS, Maria Aline Siqueira; STOPA, Sheila Rizzato; VIEIRA, José Eudes Barroso; MELO, Eduardo Alves; REIS, Ademar Arthur Chioro. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 327-338, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília, DF: SVS; 2012.

NORO, Luiz Roberto Augusto; RONCALLI, Angelo Giuseppe; MENDES, Francisco Ivan Rodrigues; LIMA, Kenio Costa. A utilização de serviços odontológicos entre crianças e fatores associados em Sobral, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 1509-1516, 2008.

PEREIRA, Carmen Regina dos Santos; PATRICIO, Alberto Allan Rodrigues; ARAÚJO, Fábio Andrey da Costa; LUCENA, Eudes Euler de Souza; LIMA, Kenio Costa; RONCALLI, Angelo Giuseppe. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(5):985-996, mai, 2009.

PERES, Marco Aurélio; BARBATO, Paulo Roberto; REIS, Sandra Cristina Guimarães Bahia; FREITAS, Cláudia Helena Soares de Moraes; ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. **Revista de saúde pública**, v. 47, p. 78-89, 2013.

PINHO, Judith Rafaelle Oliveira; SOUZA, Tiago Coelho; VILAS BÕAS, Marcela Daniel; MARQUES, Consuelo Penha Castro; NEVES, Pierre Adriano Moreno. Evolução da cobertura das equipes de saúde bucal nas macrorregiões brasileiras. **REV ASSOC PAUL CIR DENT** 2015;69(1):80-5.

RAMOS, André Luis Paes; SETA, Marismary Horsth. Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00089118, 2019.

SANTOS, Lenir. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(4): p.1281-1289, 2017.

SCHERER, Charleni Inês; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; CHAVES, Sônia Cristina Lima; MENEZES, Erica Lima Costa. O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração?. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 233-246, 2018.