



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA (DCV) - CAMPUS I
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA – MEPISCO



WYNNIE MARIE LIMA DE CARVALHO

**FINANCIAMENTO EM SAÚDE, CARACTERÍSTICAS MUNICIPAIS E
UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL DE ATENÇÃO
BÁSICA E ESPECIALIZADA NA BAHIA, DE 2013 A 2019**

Salvador- Bahia

2021

WYNNIE MARIE LIMA DE CARVALHO

**FINANCIAMENTO EM SAÚDE, CARACTERÍSTICAS MUNICIPAIS E
UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL DE ATENÇÃO
BÁSICA E ESPECIALIZADA NA BAHIA, DE 2013 A 2019**

Dissertação de mestrado apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – MEPISCO da Universidade Estadual da Bahia, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Thaís Regis Aranha Rossi
Coorientadora: Profa. Dra. Julita Maria Freitas Coelho

Salvador- Bahia

2021

FICHA CATALOGRÁFICA
Sistema de Bibliotecas da UNEB

C331f

Carvalho, Wynn timer Marie Lima de

Financiamento em saúde, características municipais e utilização dos serviços de saúde bucal de atenção básica e especializada na Bahia, de 2013 a 2019 / Wynn timer Marie Lima de Carvalho, Thais Regis Aranha Rossi, Julita Maria Freitas Coelho. - Salvador, 2021.

96 fls.

Orientador(a): Profa. Dra. Thais Regis Aranha Rossi.

Coorientador(a): Profa. Dra. Julita Maria Freitas Coelho.

Inclui Referências

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Estadual da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva - MEPISCO, Campus I. 2021.

1.Saúde bucal. 2.Políticas de saúde. 3.Serviços de saúde. 4. Financiamento da saúde.

CDD: 570

UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA (DCV) - CAMPUS I
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA – MEPISCO

Wynnie Marie Lima de Carvalho

FINANCIAMENTO EM SAÚDE, CARACTERÍSTICAS MUNICIPAIS E UTILIZAÇÃO
DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL DE ATENÇÃO BÁSICA E ESPECIALIZADA NA
BAHIA, DE 2013 A 2019

Dissertação de mestrado apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – MEPISCO da Universidade Estadual da Bahia, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Thaís Regis Aranha Rossi Orientadora/UNEB

Profa. Dra. Julita Maria Freitas Coelho Coorientadora/UNEB

Profa. Dra. Sandra Garrido de Barros Membro Interno/UNEB

Profa. Dra. Sônia Cristina Lima Chaves Membro Externo/ UFBA

AGRADECIMENTOS

A Deus, por nunca me desamparar e por me dar força e sabedoria para enfrentar os momentos vividos.

A minha família, pelo amor e parceria incondicional. Amo vocês!

Aos meus amigos e amigas, por todo carinho e estímulo nesses anos.

A Francisco, por ser calma nas minhas agonias do final deste ciclo.

A minha turma do MEPISCO, pela paciência e resistência nessa jornada de muitos aprendizados.

Aos docentes do MEPISCO, pelos ensinamentos e acolhimento.

Aos colegas de trabalho da USF Olga Carneiro de Oliveira (PMA) e da USF Colinas de Periperi (PMS), pelo apoio e compreensão nessa jornada.

A minha orientadora Profa. Dra. Thaís Aranha, por acreditar e caminhar comigo nesses anos. Sou grata por sua compreensão nas adversidades e por todos os ensinamentos.

A minha coorientadora Profa. Dra. Julita Maria, pela disponibilidade e prazer em ensinar. Gratidão por todo aprendizado.

As minhas professoras Profa. Dra. Sandra Garrido e Profa. Dra. Sônia Chaves, pelos conselhos, sugestões e por aceitarem contribuir com este projeto.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, o meu muito obrigada!

RESUMO

Introdução: Estudos apontam um aumento na oferta de serviços odontológicos no Brasil e desigualdades na utilização, verificando um menor acesso para os usuários mais vulneráveis, com baixa renda, baixa escolaridade e do sexo masculino. Apesar dos avanços na política de saúde bucal, ainda existem pessoas que nunca foram ao dentista, sendo assim, é importante compreender como o financiamento e as características municipais podem interferir no processo de utilização dos serviços. **Objetivo:** Analisar a utilização dos serviços de saúde bucal de atenção básica e especializada na Bahia, a partir do financiamento da saúde e das características municipais, de 2013 a 2019. **Método:** Este estudo é do tipo transversal exploratório e analítico, utilizando dados secundários obtidos do sistema de informação para a Atenção Básica - SISAB. Foram analisados os anos de 2013-2019 em 73 municípios da Bahia com ESF implantada e CEO, através dos indicadores de utilização propostos para saúde bucal na Portaria nº 1.631, de 01 de outubro de 2015. A variável resposta utilizada foi o cumprimento de 50% da meta de dois parâmetros da portaria. Após, foi utilizada a análise de Prais-Winsten para verificar a tendência da série histórica. **Resultados:** Observou-se que municípios que investiram mais em saúde e tiveram maior participação das transferências intergovernamentais na receita total, obtiveram melhores resultados quanto ao cumprimento de meta. Reafirma-se a importância do aumento de cobertura de saúde bucal na atenção básica, pois se associa a uma maior utilização dos serviços especializados, garantindo a integralidade do cuidado. A presença do gerente contribuiu para garantir a integralidade das ações e dinâmica dos serviços. Verificou-se que o desfinanciamento ao longo dos anos impactou na redução de oferta de procedimentos em saúde bucal e aumentou os gastos per capita com saúde.

Palavras-chave: saúde bucal; políticas de saúde; serviços de saúde; financiamento da saúde.

ABSTRACT

Introduction: Studies point to an increase in the offer of dental services in Brazil and also inequalities in use, verifying less access for the most vulnerable users, with low income, low education and male. Despite advances in oral health policy, there are still people who have never been to the dentist, so it is important to understand how financing and municipal characteristics can interfere in the process of using services. **Objective:** To analyze the use of primary and specialized oral health services in Bahia, based on health financing and municipal characteristics, from 2013 to 2019. **Method:** This study is descriptive and quantitative, using secondary data obtained from information system for Primary Care - SISAB. The years 2013-2019 will be analyzed in 73 municipalities in Bahia with ESF implanted and CEO, through the utilization indicators proposed for oral health in Ordinance No. 1,631, of October 1, 2015. The response variable used will be whether the municipalities comply with the goals according to the parameters of the ordinance. Prais-Winsten analysis will be used to analyze the trend of the historical series. **Results:** It was noted that municipalities that invested more in health and had a greater share of intergovernmental transfers in total revenue, obtained better results regarding goal achievement. The importance of increasing oral health coverage in primary care is reaffirmed, since it is associated with a greater use of specialized services, ensuring the completeness of care. The presence of the manager contributed to guarantee the integrality of the actions and dynamics of the services. It was verified that the de-financing over the years had a direct impact on the reduction of oral health procedures and increased per capita spending on health.

Key words: Oral health; health policies; health services; healthcare financing.

LISTA DE QUADROS

Quadro Conceitual 1. Principais conceitos estudados que se referem à construção do objeto de estudo.	23
Quadro 1. Municípios eleitos para estudo segundo núcleo regional de saúde. Salvador, Bahia, 2021.	25
Quadro 2. Dimensões, subdimensões, variáveis independentes relacionadas as características demográficas do município, financiamento e oferta dos serviços e suas categorias eleitas para analisar os fatores associados ao cumprimento de meta dos municípios do Estado da Bahia, 2013-2019 (n=73). Salvador, Bahia, 2021.	27
Artigo 1	
Quadro 1. Municípios eleitos para estudo segundo núcleo regional de saúde. Salvador, Bahia, 2021.	35
Quadro 2. Características demográficas, financiamento, cobertura, caracterização, gestão e acesso aos serviços odontológicos de municípios do Estado da Bahia, 2013-2019 (n=73). Salvador, Bahia, 2021.	37
Artigo 2	
Quadro 1. Municípios eleitos para estudo segundo núcleo regional de saúde. Salvador, Bahia, 2021.	57
Produto Técnico	
Quadro 1. Municípios eleitos para estudo segundo núcleo regional de saúde. Salvador, Bahia, 2021.	68

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

- Tabela 1.** Características demográficas dos municípios do Estado da Bahia, 2013-2019 (n=73). Salvador, Bahia, 2021. **39**
- Tabela 2.** Percentual de Cumprimento das Metas versus financiamento da atenção à saúde bucal no Estado da Bahia, 2013-2019 (n=73). Salvador, Bahia, 2021. **40**
- Tabela 3.** Oferta de serviços odontológicos no Estado da Bahia, 2013-2019 (n=73). Salvador, Bahia, 2021. **41**
- Tabela 4.** Odds Ratio (OR) e Intervalo de confiança (IC 95%) obtidos mediante regressão logística não condicional para a associação entre cobertura de saúde bucal e cumprimento de até 50% da meta no Estado da Bahia, Brasil, 2021 (n=73). **42**

Artigo 2

- Tabela 1.** Tipo de CEO e características demográficas* dos municípios do Estado da Bahia, 2013-2019 (n=73). Salvador, Bahia, 2021. **59**
- Tabela 2.** Análise de tendência de indicadores de financiamento da atenção à saúde bucal no Estado da Bahia, 2013-2019 (n=73), Bahia, 2021. **60**
- Tabela 3.** Análise de tendência de indicadores de saúde bucal e percentual de cumprimento de meta de atenção básica e atenção especializada, 2013-2019 (n=73), Bahia, 2021. **61**

Produto Técnico

- Tabela 1.** Ações básicas* dos municípios do Estado da Bahia, 2013-2019 (n=73). Salvador, Bahia, 2021. **70**
- Tabela 2.** Ações especializadas dos municípios do Estado da Bahia, 2013-2019 (n=73). Salvador, Bahia, 2021. **73**
- Tabela 3.** Número de 1ª consulta odontológica dos municípios do Estado da Bahia, 2013-2019 (n=73). Salvador, Bahia, 2021. **76**
- Tabela 4.** Tipo de CEO e cobertura de saúde bucal dos municípios do Estado da Bahia, 2013-2019 (n=73). Salvador, Bahia, 2021. **79**
- Tabela 5.** Percentual de cumprimento de meta na AB dos municípios do Estado da Bahia, 2013-2019 (n=73). Salvador, Bahia, 2021. **82**
- Tabela 6.** Percentual de cumprimento de meta na AE dos municípios do Estado da Bahia, 2013-2019 (n=73). Salvador, Bahia, 2021. **85**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção básica

AE - Atenção especializada

CD - Cirurgião- dentista

CDS - Coleta de Dados Simplificados

CEO - Centro de Especialidade Odontológica

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

DESF - Departamento de Saúde da Família

EC - Emenda Constitucional

ESB - Equipe de saúde bucal

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH-M - Índice de Desenvolvimento Humano

IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

LRPD - Laboratório Regional de Prótese Dentária

MS - Ministério da Saúde

PEC - Prontuário Eletrônico do Cidadão

PMAQ-CEO - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas

PNAB - Política nacional de Atenção Básica

PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal

PSF - Programa Saúde da Família

SB - Saúde bucal

SIA - Sistema de Informação Ambulatorial

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação teve como ponto de partida a vivência da autora Wynnie Marie Lima de Carvalho em Unidades de Saúde da Família das zonas rural e urbana de três municípios diferentes. Esta possui formação pela Universidade Federal da Bahia – UFBA (2015), especialista em Saúde da Família pela FESF/FIOCRUZ (2018) modalidade Residência Multiprofissional em Saúde da Família, especialista em Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde Bucal pela UFPE (2019), e atualmente atua como cirurgiã-dentista da Estratégia Saúde da Família na Prefeitura Municipal de Salvador.

A ideia do projeto surgiu a partir dos processos de trabalho que a autora vivenciou nos municípios, dois de grande porte (urbano) e um de pequeno porte (rural). A utilização dos serviços de saúde tem suas características de acordo com o perfil da população e seus fatores geográficos e econômicos. Cada serviço apresenta suas particularidades, não possuindo uma forma fixa na oferta, acesso e utilização.

A experiência da residência em saúde da família em um município de grande porte da Bahia, estimado em 304.302 habitantes (IBGE, 2020), propiciou uma formação crítico reflexiva do ponto de vista ético, político e técnico científico para atuação no campo da Atenção Primária à Saúde e Redes de Atenção à Saúde, além de promover e estimular mudanças nas práticas profissionais e relações interpessoais. A residência pode proporcionar ao cirurgião-dentista (CD) além dos atendimentos, turnos de reuniões, visitas domiciliares, grupos com a comunidade, rodas de pesquisa, seminários, gestão e planejamento das ações, estes mecanismos mostram ao CD a prática da saúde além do consultório odontológico. Embora este município possua bons recursos financeiros ainda necessitava muitas transformações nas práticas e organização dos serviços.

Em outra realidade, com população estimada de 11.297 pessoas (IBGE, 2020), a prática odontológica era novidade para muitos usuários da zona rural, alguns nunca tinham conseguido acesso ao dentista. Nesse cenário o índice de absenteísmo era elevado, talvez porque muitos não compreendiam a promoção e prevenção da saúde, buscando o atendimento apenas em caso de dor. Ações como visitas domiciliares eram tranquilas de serem realizadas, os grupos possuíam dificuldade de adesão e os encaminhamentos dificultados pôr em sua maioria terem que ser realizados na cidade mais próxima. Mesmo sendo um município de pequeno porte, havia resolutividade nas ações de saúde e uma gestão que atendia as demandas solicitadas.

No terceiro município com 2.886.698 habitantes (IBGE, 2020), o processo de trabalho foca mais nos atendimentos, há também uma realidade de violência e insegurança nas periferias

que compromete atividades extramuros. Mesmo com dificuldades existia grupo de HIPERDIA, gestantes, visitas domiciliares, reuniões e capacitações, este cenário acontecia antes da pandemia. Com o COVID-19, os desafios são constantes e o CD passou a integrar o acolhimento para sintomáticos respiratórios realizando atendimentos, testagem e participando ativamente no processo da vacinação. Percebe-se comunicação entre os serviços e a unidade é bem assistida quanto a materiais, equipamentos, medicamentos e assistência técnica.

A partir do estudo pode-se analisar quais os procedimentos mais realizados, segundo características dos municípios e financiamento. O estudo permitiu uma reflexão das práticas odontológicas e de gestão que estão sendo reproduzidas na atualidade e contribuiu acerca de como as características e o governo influenciam na produção dos serviços.

Este estudo foi de grande valia para o trabalho desenvolvido pela área técnica de saúde bucal da Secretaria do Estado da Bahia, a fim de acompanhar estes municípios. Importante também, para a gestão e para os profissionais que atuam nos serviços de saúde, tendo em vista a possibilidade de refletir sobre as mudanças necessárias no sistema de saúde e modelo de atenção praticado.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	21
2.1 OBJETIVO GERAL	21
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3 REFERENCIAL TEÓRICO	22
4 MÉTODOS	24
4.1 TIPO DE ESTUDO	24
4.2 LOCAL DE ESTUDO E POPULAÇÃO ALVO	24
4.3 COLETA E SISTEMATIZAÇÃO DOS DADOS	25
4.4 ANÁLISE DE DADOS	26
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	29
5 RESULTADOS	30
5.1 ARTIGO 1	30
5.2 ARTIGO 2	52
5.3 PRODUTO TÉCNICO	67
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS	91
APÊNDICE- Relação dos indicadores propostos pela Portaria Nº 1.631, 1 de outubro de 2015.	95

1 INTRODUÇÃO

A prática odontológica nos anos 1970 era liberal e privilegiava a atenção individual e reparadora ao invés das ações preventivas de caráter coletivo. A participação do Estado brasileiro na atenção à saúde bucal tem maior destaque nesta década de 70 quando as políticas sociais ganharam força nos desdobramentos do âmbito das políticas de saúde (VIANNA; PAIM, 2016). Em maio de 1974 é assinada a Lei nº 6.050, que dispõe sobre a fluoretação da água, e mesmo que não tenha sido de maneira obrigatória, foi um grande avanço para a odontologia (BRASIL, 1974). Nos anos 80 é que a prática odontológica se constitui um tema de debate na 7ª Conferência Nacional de Saúde, considerando que a odontologia teria papel definido a cumprir dentro de um programa de atenção primária (BRASIL, 1980).

Após a Constituição de 1988, desafios foram surgindo para formulação e implementação das políticas de saúde bucal, visto que a atenção era centrada na assistência curativa, com separação das ações de saúde pública, gastos insuficientes na área e má utilização. Com o Sistema Único de Saúde (SUS), cria-se a esperança de proporcionar a saúde bucal além de base doutrinária, diretrizes políticas a favor da expansão dos serviços (ASSIS; PAIM; SOARES, 2016).

O SUS foi se consolidando na década de 90, após a promulgação da Lei Nº 8.080/90, e através de portarias emitidas pelo Ministério da Saúde e várias Normas Operacionais Básicas como instrumentos regulamentadores do sistema. O modelo hospitalocêntrico e voltado para cura de doenças, foi substituído por um modelo focado na universalidade, promoção da saúde, equidade, dentre outros. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (1991) foi o antecessor do Programa Saúde da Família (PSF), pois dava enfoque na saúde da família e não no indivíduo. Surge assim, a Atenção Primária à Saúde (APS) para garantir o acesso universal da população aos serviços de saúde (SILVA, 2011).

No ano de 1994 é criado o PSF que em 2004 passou a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e estruturou uma nova lógica no modelo de atenção à saúde, baseando-se em uma política nacional de humanização, onde os serviços de saúde tem o papel dinâmico de ir de encontro à população. A sua implantação está direcionada ao acolhimento, e no comprometimento pactuado pelo profissional com o usuário (PEREIRA, 2013).

A equipe de saúde bucal (ESB) foi incorporada no PSF no ano 2000, possibilitando uma nova forma de planejamento e programação na atenção primária, representando a mudança do

modelo curativista e mutilador para um modelo de vigilância em saúde centrado na promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e proteção das estruturas dentárias. (PIMENTEL *et al.*, 2012). A ESB pode ser dividida em três modalidades: I- Cirurgião-Dentista, Auxiliar em Saúde Bucal ou Técnico em Saúde Bucal, II- Cirurgião-Dentista, Auxiliar em Saúde Bucal e Técnico em Saúde Bucal ou outro Técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2017).

No ano de 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Programa Brasil Sorridente, constituindo uma série de medidas que têm como objetivo garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e para a qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

A PNSB também garantiu a ampliação do acesso à atenção secundária/especializada através dos Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são estabelecimentos de saúde que são responsáveis pela continuidade da linha do cuidado aos usuários oriundos da atenção primária. Estes devem realizar no mínimo procedimentos com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duro, endodontia e atendimentos pacientes com necessidades especiais (CHAVES *et al.*, 2011).

Os Centros de Especialidades Odontológicas podem se apresentar em três categorias distintas: CEO tipo I (com três cadeiras odontológicas), tipo II (com quatro a seis cadeiras odontológicas) e tipo III (com sete ou mais cadeiras odontológicas), todos os CEO devem ofertar minimamente as cinco especialidades citadas anteriormente, e todas as cadeiras devem funcionar por 40 horas semanais (MACHADO; SILVA; FERREIRA, 2015; GONÇALVES, *et al.*, 2018).

Alguns autores apontam a necessidade de estudos para monitorar e avaliar os impactos da política. Barros *et al.* (2017) relatam que um dos grandes desafios se refere ao impacto em regiões metropolitanas, pois há uma oferta mais estruturada de serviços de saúde, mas existe também um expressivo contingente populacional com elevado índice de pobreza urbana que é extremamente heterogêneo. Sabe-se que a inclusão do dentista na ESF, melhorou a satisfação do usuário, aumentou acesso e utilização nas áreas mais necessitadas e cobertas, mas não há um consenso sobre grandes transformações nas práticas e na utilização dos serviços (ROCHA E GOES, 2008; PEREIRA *et al.*, 2012; MATTOS *et al.*, 2014).

Goes *et al.* (2012) realizaram estudo com 613 CEO, onde a maioria se encontrava no Nordeste e Sudeste, sendo a região Norte com a menor proporção. Ao relacionar a cobertura municipal de ESB no PSF, 56% apresentava cobertura superior a 50% e a maioria estava

localizada em municípios com IDH superior 0,7. A análise da Atenção Secundária em função das características avaliativas dos serviços e dos municípios demonstrou que quanto maior a cidade, maior cumprimento da atenção nos serviços.

Em relação ao estado da Bahia, a macrorregião Leste é a que representa o maior percentual de CEO, com 25,67%, o que pode estar relacionado ao maior porte populacional desta região - 4.863.025 habitantes (SESAB, 2018). Figueiredo e Goes (2009); Cortellazzi *et al.*, (2014) concordam que os CEO tipo II se destacam com desempenho bom/ótimo. Figueiredo e Goes (2009); Goes *et al.*, (2012) ainda afirmam que quanto menor o município, pior seria seu desempenho. Das especialidades mínimas a endodontia apresenta maior número de dentistas, representando a maioria dos procedimentos realizados no CEO (GOES *et al.*, 2012; SALIBA *et al.*, 2013, VAZQUEZ *et al.*, 2014).

Os fatores socioeconômicos e geográficos têm forte influência nas oportunidades de acesso aos serviços de saúde, podendo apresentar características importantes de utilização dos serviços entre as populações rurais e urbanas, sendo importante observar as especificidades regionais. Mesmo com o aumento da utilização dos serviços odontológicos ainda existem pessoas que nunca foram ao dentista, autores relatam que poucas mudanças aconteceram no modelo assistencial em saúde bucal e estudos mostram a existência de iniquidades na utilização dos serviços (TEIXEIRA, RONCALLI; NORO, 2018).

Desde 2002, Barros e Bertoldi já mostravam que uma parcela considerável (19%) declarou nunca ter consultado um dentista e apenas 11% buscou os serviços de saúde por um problema odontológico. A maioria dos atendimentos ocorreu em serviços particulares (69%), dos quais 47% envolveram algum pagamento pelo cliente. O SUS respondeu por 24% dos atendimentos, enquanto 17% realizaram-se através de outros planos de saúde. Em dois municípios da Bahia, do total de entrevistados, 38,76% usaram o serviço privado, 33,80% atenção básica e 17,29% atenção básica e o CEO. A organização do serviço é o fator determinante na busca do setor privado, os indivíduos submetidos a uma pior organização têm três vezes e meia maior utilização quando comparados ao setor público (SOARES; CHAVES; CANGUSSU 2015).

Apesar dos avanços, as condições da saúde bucal brasileira ainda são graves, seja devido às condições sociais e econômicas da população, a falta de informação sobre os cuidados básicos de saúde ou as dificuldades na gestão dos serviços. Embora a odontologia se mostre muito desenvolvida em tecnologia, não responde em níveis significativos às demandas dos problemas de saúde bucal da população (MATA, 2015).

Lage *et al.* (2019) em estudo com crianças de 0-9 anos relataram que 59,6% nunca havia realizado consulta odontológica e os que fizeram, procuraram atendimento devido a presença de cárie. A cárie dentária é o principal problema de saúde bucal que contribui para prevalência de perda de dentes e necessidade de tratamentos especializados. Chaves *et al.*, (2012) corrobora com esta realidade quando afirma que os procedimentos odontológicos mais realizados pela atenção secundária, é a extração (47,9%) e o tratamento endodôntico (26,6%).

Segundo Chaves *et al.*, (2012), os procedimentos odontológicos mais realizados na atenção básica (AB) são a limpeza, restaurações e exodontias, quando comparados aos preventivos: escovação bucal supervisionada e aplicação tópica de flúor, o que configura um modelo odontológico tradicional. Observa-se também que os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) realizam atendimento por livre demanda e significativa proporção de procedimentos da AB não garantindo a integralidade da atenção (CHAVES *et al.*, 2010).

O acesso e utilização dos serviços de saúde bucal tem sido objeto de pesquisa no campo científico, os estudos apontam as desigualdades na utilização, verificando um menor acesso para os usuários mais vulneráveis, com baixa renda, baixa escolaridade e do sexo masculino (BARROS; BERTOLDI, 2002; BALDANI *et al.*, 2010; PINTO; MATOS; FILHO, 2012; JORNADA, 2012; PERES *et al.*, 2012; SOARES; CHAVES; CANGUSSU, 2015, TAVARES; ALMEIDA, 2017; LAGE *et al.*, 2019).

Com relação à cobertura de primeira consulta odontológica, o ano de 2017 apresentou a maior queda nas regiões Centro-Oeste, seguida das regiões Sul e Nordeste. Apesar do ano de 2018 apresentar um maior número de ESB, este representou o menor número de primeira consulta odontológica e ação coletiva de escovação dental supervisionada. Assim, uma pequena parcela da população está conseguindo acesso aos serviços, aumentando a taxa de cobertura dos planos de saúde (CHAVES *et al.*, 2018; ROSSI *et al.*, 2019).

Todo esse processo de descentralização e ampliação da saúde bucal, a partir da incorporação do CD nas ESF aponta para a necessidade de investigação das práticas adotadas nas ESB nos diferentes municípios. Segundo Mattos *et al.* (2014), os motivos estimuladores da incorporação do CD foram os incentivos financeiros fornecidos pelo Ministério da Saúde; a crença dos gestores na melhoria da saúde bucal da população e a possibilidade de reorganizar as ações em saúde bucal.

A percepção do papel da SB na saúde geral e seu desenvolvimento no SUS têm sido vistas como a possibilidade de romper as práticas odontológicas baseadas no curativismo e modelo biológico. As diversas experiências municipais são fundamentais, pois promovem mudanças nas práticas dos serviços e dos profissionais (MATTOS *et al.*, 2014).

O Sistema Único de Saúde além de realizar ações de promoção de saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária, deve assegurar a continuidade do cuidado nos níveis primário, especializado e hospitalar. Ao pensar no sistema de saúde é importante compreender que este é formado por alguns componentes: O *financiamento* que tem como fontes as receitas estatais e de contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal; a *Organização e oferta de serviços de saúde* que compreende a atenção básica, secundária/especializada e atenção terciária/hospitalar; *Infraestrutura (oferta)* dos estabelecimentos de saúde, de profissionais e o *Acesso e uso dos serviços de saúde* que mesmo com sua ampliação ainda precisa avançar para garantir qualidade (PAIM *et al.*, 2012).

Segundo Paim (2012), o sistema de saúde apresenta três subsetores: o subsetor público, no qual os serviços são financiados pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o subsetor privado (com fins lucrativos ou não), no qual os serviços são financiados com recursos públicos ou privados; e o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais. Os componentes público e privado do sistema são distintos, mas estão interconectados, e as pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento.

Goranitis, Siskoub e Liaropoulos (2014), em estudo realizado na Grécia, sobre crises econômicas e as políticas de saúde, mostraram que a atenção primária à saúde possui uma grande dependência do setor privado, muitas vezes levando à demanda induzida pelo fornecedor, o que influencia na desconexão da atenção secundária e terciária. Além disso, o financiamento de certos serviços ambulatoriais, como atendimento odontológico, dependia quase exclusivamente de recursos próprios.

Na Irlanda, durante crise de 2008-2014, foi observado como se comportou o sistema de saúde nesse cenário, nota-se o aumento do desemprego e assim há uma queda da procura do setor privado e um aumento no setor público. O estudo mostra que até o ano de 2012 houve um aumento da cobertura da saúde, mesmo com recurso reduzido, fazendo “mais com menos”. Entretanto a partir de 2013, os indicadores mostravam um sistema sob pressão que teve que reduzir a abrangência da cobertura, tendo que “fazer menos com menos” (BURKE *et al.*, 2014).

Reeves *et al.* (2014) afirmaram que os setores de saúde não ficam protegidos em períodos de austeridade, grande parte dos cortes no orçamento estão concentrados no setor saúde. A presença de uma regra fiscal, em média está associada a uma redução de 3% nas despesas dos serviços públicos de saúde, estas demonstram uma eficácia defasada, pois após

um e dois anos de implementação, aumenta o potencial de redução de despesas (SCHAKEL; WU; JEURISSEN, 2018).

O financiamento da saúde é um termo recorrente nas discussões, entende-se que é necessário garantir os recursos tripartite para que se consiga subsidiar os serviços com qualidade e maior acesso, mas nem sempre isto ocorre e os municípios têm que arcar com maior parte das responsabilidades (CONASENS, 2016). A análise da série histórica dos repasses para saúde bucal, de 2003 a 2017, demonstra um gasto crescente até 2012, com queda no início de 2013, manutenção de valores de 2013 a 2016 e discreta redução em 2017. Houve um aumento no financiamento para atenção especializada na saúde, a partir de 2013, e redução na participação percentual relativa à AB, fato preocupante, pois, não terá resolutividade se a AB não estiver consolidada (ROSSI *et al.*, 2018).

Paim e Teixeira (2007) relatam que além da instabilidade do financiamento do SUS, os problemas com gestão continuam a existir, em destaque quando se refere aos estabelecimentos de saúde como hospitais e serviços de atenção básica. Por exemplo, a falta de profissionalização de gestores, a grande rotatividade de gestores municipais, sobrecarga de atividades, o clientelismo político e a interferência político-partidária no funcionamento dos serviços comprometem a reputação do SUS perante os cidadãos e a expectativa dos servidores públicos enquanto trabalhadores (PAIM; TEIXEIRA, 2007; CECÍLIO *et al.*, 2007; VILASBOAS.; PAIM, 2008; SANTOS E GIOVANELLA, 2014; BRANDÃO E SCHERER, 2019).

Mattos *et al.* (2014) realizaram estudo em 24 municípios da região sudeste do Brasil e entrevistou gestores, cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal. Considerando a capacitação dos 14 gestores, 4 (28,5%) possuíam formação profissional de nível superior, 3 (21,4%) deles na área de saúde, sendo 2 dentistas e um fisioterapeuta. O tempo de atuação na gestão da saúde variou de 3 meses a 6 anos.

Por sua vez, Vilasbôas e Paim (2008) evidenciaram que a aptidão do gestor municipal em um município do Nordeste do Brasil, foi uma das maiores virtudes para o desenvolvimento do SUS, cujo desempenho da gestão evidenciava grandes avanços no processo de descentralização. Em contrapartida Santos e Giovanella (2014), em uma região de saúde do estado da Bahia, identificaram que a formação deficiente dos gestores interferiu negativamente na compreensão e contribuição nos debates em espaços sobre temas relevantes para a gestão da saúde em seus municípios. Brandão e Scherer (2019) afirmaram que gestores que tiveram experiência prévia na secretária de saúde podem cooperar para uma maior capacidade de governo.

É possível observar que a falta de formação ou habilitação dos gestores certamente impacta na organização dos serviços, bem como, o vínculo empregatício. De 43 dentistas entrevistados, 29 (67,44%) possuíam uma vinculação através de contrato temporário e 28 (58,30%) tiveram a indicação como requisito para a contratação. Com relação aos 48 ASB, 25 (52,08%) firmaram contratos temporários e 18 (37,50%) foram indicados para o cargo, ocorrendo assim intensa rotatividade de profissionais (MATTOS *et al.*, 2014).

Arcari *et al.* (2018) também corrobora em seu estudo no Rio Grande do Sul, que quase metade dos secretários ocupavam o cargo a menos de um ano, sendo 55,7% com cargo em comissão, mostrando a intermitência na ocupação da função. Há um percentual expressivo de gestores filiados a partidos políticos, com formação em administração e enfermagem, composta em sua maioria por mulheres com alta escolaridade principalmente em municípios de pequeno porte.

Em estudo realizado em Minas Gerais, a maioria dos secretários municipais de saúde é do sexo masculino (53,3%), verificando que apenas 28,9% possuíam o nível superior completo, onde 13,3% são profissionais de saúde, e somente 11,1% concluíram a pós-graduação (JUNQUEIRA *et al.*, 2010).

Já no estado do Paraná, não foi observada diferenças entre sexos, mas, 26,4% dos indivíduos possuíam superior completo e 33,3% com pós-graduação lato sensu, em que a maioria atuava na função até um ano. Isso mostra uma necessidade do gestor gerenciar o Fundo Municipal de Saúde, pois em muitos casos quem o faz é o secretário de finanças, contador do município ou até o prefeito. Sua participação é um importante indicador de planejamento econômico, financeiro e administrativo, para que o emprego dos recursos garanta a necessidade de saúde da população (PINAFO *et al.*, 2016).

Outros autores sinalizaram certas características dos gestores, tais como grau de escolaridade, tempo de atuação, sexo, idade, tipo de contratação e experiência prévia no cargo, entendendo que as lacunas na qualificação geram pouco preparo para desempenho da função (PAIM E TEIXEIRA, 2007; CECÍLIO *et al.*, 2007; VILASBOAS E PAIM, 2008; JUNQUEIRA *et al.*, 2010; MATTOS *et al.*, 2014; SANTOS E GIOVANELLA, 2014; PINAFO *et al.*, 2016; ARCARI *et al.*, 2018; BRANDÃO E SCHERER 2019). Apesar dos achados nos últimos anos não se observa melhorias na educação para o trabalho, tipo de contratação e formação destes profissionais.

Vale refletir que a prática cotidiana da gestão sofre constantes mudanças, para a garantia de bons resultados na gestão do SUS na atual política de saúde, é preciso ter qualidade, responsabilidade, eficiência, efetividade e a eficácia. Desse modo, é extremamente necessário

que o profissional com a função de gestor esteja preparado e qualificado para gerir este sistema complexo que envolve atividades políticas, técnicas e administrativas (PINAFO *et al.*, 2016).

Os estudos realizados apontam a relação entre porte populacional e utilização de serviços odontológicos, aumento da oferta de serviços odontológicos ao longo dos anos no Brasil, desigualdades na utilização, apontando um menor acesso para os usuários com maior vulnerabilidade social. Como lacuna, cita-se a ausência de estudos que se debruçam sobre o financiamento e características no âmbito municipal e sua relação com a utilização de serviços odontológicos. Diante disto, alguns questionamentos surgiram: Quais seriam as características da utilização dos serviços de saúde bucal nos municípios da Bahia, a partir do financiamento municipal e dos repasses federais? Qual o perfil do gestor? Quais as características dos municípios que cumprem as metas preconizadas pelo Ministério da Saúde?

Nesse sentido, esse trabalho buscou analisar a utilização dos serviços de saúde bucal de atenção básica e especializada na Bahia, a partir do financiamento da saúde e das características municipais, de 2013 a 2019.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a utilização dos serviços de saúde bucal de atenção básica e especializada na Bahia, a partir do financiamento da saúde e das características municipais, de 2013 a 2019.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar os fatores associados ao cumprimento de meta de utilização dos serviços odontológicos na AB e AE dos municípios com CEO do estado da Bahia, de 2013 a 2019.
- ✓ Analisar a oferta de atenção básica e especializada em saúde bucal em cenário de crise econômica e medidas de austeridade fiscal, de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde e seu financiamento em municípios da Bahia com Centros de Especialidades Odontológicas, no período de 2013-2019.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A *política de saúde* é compreendida por Paim (2003) como uma ação ou omissão do Estado, através de uma resposta social diante de problemas de saúde e seus determinantes. Após ser formulada, esta política se desdobra em planos, programas, projetos, bases de dados e sistema de informação para pesquisas.

Neste estudo, a resposta social a ser estudada é a política de saúde bucal implementada e praticada nos municípios da Bahia que apresentam as equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família e Centro de Especialidades Odontológicas implantado. Ressalta-se a ampliação do financiamento a partir da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB).

A PNSB, além dos princípios constitucionais (universalidade, integralidade e equidade), pauta-se em princípios como gestão participativa, ética, acesso, acolhimento, vínculo e responsabilidade profissional e ações como fluoretação das águas, educação em saúde, higiene bucal supervisionada, aplicação tópica de flúor, identificação precoce de lesões e recuperação parcial ou total de perdas dentárias, todo esse contexto visando ampliar e qualificar a atenção básica, secundária e terciária (BRASIL, 2004).

Ainda que não se observe mudanças muito significativas no modelo de atenção à saúde bucal, é nítido o aumento da oferta de serviços com a presença das ESB na ESF. A cobertura é um elemento básico para avaliação de serviços, refere-se à disponibilidade e distribuição social dos recursos, pois só se consegue avaliar se houver oferta e utilização dos serviços (RIBEIRO-SOBRINHO, SOUZA E CHAVES, 2008). A mesma pode ser considerada como *potencial* quando corresponde à capacidade e possibilidade da *oferta de serviços* e *cobertura real* ou *utilização de serviços* que corresponde a proporção da população que efetivamente se beneficiou de determinada intervenção, que de fato usou os serviços (RIBEIRO-SOBRINHO, SOUZA E CHAVES, 2008; CARDOSO E VIEIRA-DA-SILVA, 2012).

A utilização dos serviços representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. O *sistema de saúde* é formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, gerando uma combinação público privada financiada sobretudo por recursos privados. O sistema apresenta três subsetores: o subsetor público, subsetor privado e subsetor de saúde suplementar. O sistema de saúde brasileiro é financiado por meio de impostos gerais, contribuições sociais (impostos para programas sociais específicos), desembolso direto e gastos dos empregadores com saúde (PAIM *et al.*, 2012).

O *financiamento*, como componente do sistema de saúde, expressa o grau de priorização de determinada ação do Estado, sua análise implica compreender quais os compromissos

políticos assumidos pelos gestores. O financiamento do SUS tem como fontes as receitas estatais e de contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal. Os componentes público e privado do sistema são distintos, mas estão interconectados, as pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento (PAIM *et al.*, 2012; ROSSI *et al.*, 2018).

O conceito de *acesso* varia entre os autores e muda de acordo com o contexto em que é empregado. Travassos e Martins (2004) relatam o pensamento de Donabedian (1998) que utiliza o termo *acessibilidade* como qualidade do que é acessível, ou seja, a facilidade ou dificuldade de utilizar o serviço pelos usuários, apresentando como barreiras de acesso os aspectos geográficos e a sócio organizacionais.

A oferta e utilização de serviços necessitam de uma rede regionalizada que regule o *financiamento* e organize os modelos de *gestão*. A *gestão* contempla a criação e utilização de meios que possibilitem concretizar os princípios de organização da política; incluindo gestão de serviços e sistemas de saúde, gestão de qualidade, gestão estratégica, gestão de recursos humanos, gestão orçamentária e financeira (PAIM E TEIXEIRA, 2006).

A *gestão municipal* do SUS envolve um conjunto de atividades políticas, técnicas e administrativas, que são desenvolvidas com o intuito de assegurar o planejamento, a organização e o controle do sistema e dos serviços de saúde (PINAFO *et al.*, 2016). A esfera municipal tornou-se a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde no país e os gestores municipais assumiram papel fundamental para execução das ações e serviços de saúde atendendo as particularidades de cada região (ARCARI *et al.*, 2018). As características de cada município permitirão a reflexão sobre como estas podem interferir no papel do gestor, bem como, sua formação, tempo de atuação no serviço e tipo de contratação.

Quadro Conceitual 1: principais conceitos estudados que se referem à construção do objeto de estudo.

Autor, ano	Conceito	Aspectos Descritos
Paim, 2003	Política de saúde	A política de saúde é uma ação ou omissão do Estado e quando formulada se desdobra em planos, programas, projetos, bases de dados e sistema de informação para pesquisas.
Soberón, 1988	Cobertura e utilização de serviços	A cobertura é um elemento básico para avaliação de serviços. Esta pode ser cobertura potencial quando corresponde a oferta de serviços e cobertura real que corresponde à utilização de serviços.
Paim et al., 2012	Sistema de saúde	A utilização dos serviços representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. O sistema é formado por uma rede complexa de

		prestadores e compradores de serviços que competem entre si, gerando uma combinação público privada financiada sobretudo por recursos privados.
Paim et al., 2012	Financiamento	Componente do sistema de saúde que expressa o grau de priorização de determinada ação do Estado, sua análise implica compreender quais os compromissos políticos assumidos pelos gestores. O financiamento do SUS tem como fontes as receitas estatais e de contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal.
Travassos e Martins, 2004	Acesso	Oportunidade de utilização dos serviços em situações que permitam o uso apropriado do mesmo.
Paim e Teixeira, 2006	Gestão municipal	A gestão municipal envolve um conjunto de atividades políticas, técnicas e administrativas, que possibilitem concretizar os princípios de organização da política. Estas atividades são desenvolvidas com o intuito de assegurar o planejamento, a organização e o controle do sistema e dos serviços de saúde, atendendo as particularidades de cada região.
Mattos et al., 2014	Equipe de saúde bucal	A vontade de melhorar a saúde bucal brasileira levou a incorporação do CD na ESF, seja com os incentivos financeiros fornecidos pelo Ministério da Saúde; a crença dos gestores na melhoria da saúde bucal da população e a possibilidade de reorganizar as ações em saúde bucal. A ESB precisa garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, afim de promover mudanças nas práticas dos serviços.

Fonte: Elaboração própria.

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo foi do tipo transversal exploratório e analítico, utilizando dados secundários obtidos da plataforma WEB e-Gestor Atenção Básica (AB), do sistema de informação ambulatorial SIA/SUS, do 1º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades odontológicas (PMAQ-CEO) e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

4.2 LOCAL DE ESTUDO E POPULAÇÃO ALVO

A Bahia, estado da região Nordeste, possui uma população estimada de 14.873.064 (2019), apresentando Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M) médio - 0,660, sendo o IDH-M do Brasil 0,699 (IBGE, 2010). Representa o maior estado da região com grande quantidade de ESB e CEO. Foram analisados os dois últimos períodos de governo municipal, 2013-2016 e 2017-2019. No que se refere ao ano de 2020, seriam analisados apenas os meses

do primeiro trimestre, mas por conta da pandemia do novo coronavírus-Sars-Cov-2 (Covid-19), este ano foi desconsiderado.

Para a realização deste estudo, foram considerados 73 municípios do estado da Bahia que possuem a estratégia de saúde da família com equipe de saúde bucal e CEO implementados (QUADRO 1). Na Bahia existem 80 CEO e 2.877 ESFSB, com cobertura SB AB de 67,40% (Dados de dez. /2019, e-Gestor AB).

Quadro 1. Municípios eleitos para estudo segundo núcleo regional de saúde. Salvador, Bahia, 2021.

NÚCLEO REGIONAL DE SAÚDE	MUNICÍPIOS
Centro Leste	Boa Vista do Tupim, Conceição do Coité, Feira de Santana, Iaçú, Ipirá, Iraquara, Itaberaba, Itaeté, Pintadas, Ruy Barbosa, Santo Estevão, Utinga
Centro Norte	Capim Grosso, Irecê, Jacobina, Mairi, Morro do Chapéu
Extremo Sul	Alcobaça, Eunápolis, Itabela, Itamaraju, Itanhém, Medeiros Neto, Nova Viçosa, Porto Seguro, Prado, Teixeira de Freitas
Leste	Cachoeira, Camaçari, Candeias, Dias D'Avila, Governador Mangueira, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Mata de São João, Pojuca, Salvador, Santo Antônio de Jesus, São Felix, São Sebastião do Passé, Vera Cruz
Nordeste	Alagoinhas, Catu
Norte	Juazeiro, Paulo Afonso, Senhor do Bonfim
Oeste	Bom Jesus da Lapa, Canápolis, Correntina, Ibotirama, Luís Eduardo Magalhães, Santa Maria da Vitória, Santa Rita de Cássia, São Desidério, São Felix do Coribe
Sudoeste	Brumado, Caculé, Cândido Sales, Guanambi, Igaporã, Itapetinga, Livramento de Nossa Senhora, Nova Canaã, Vitória da Conquista
Sul	Ilhéus, Ipiaú, Itabuna, Itajuípe, Jaguaquara, Jequié, Una, Wenceslau Guimarães

Fonte: Elaboração própria.

4.3 COLETA E SISTEMATIZAÇÃO DOS DADOS

O estudo foi realizado a partir de dados secundários, coletados da plataforma WEB e-Gestor AB (<https://egestorab.saude.gov.br>). As informações foram coletadas a partir dos registros encontrados no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) que compreende a Coleta de Dados Simplificados (CDS) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

O estudo foi realizado a partir de dados secundários, coletados da plataforma WEB e-Gestor AB (2020) e do DATASUS- SIA/SUS (2020). Para análise do financiamento, foi utilizado o site da transparência do Fundo Nacional de Saúde, a base do SIOPS. Para oferta dos serviços os dados foram coletados do e-Gestor (coberturas SB) e do 1º ciclo do PMAQ-CEO.

O SISAB foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB).

O SISAB integra a estratégia do Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS) denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), que propõe o incremento da gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho.

4.4 ANÁLISE DE DADOS

Para análise do estudo foram considerados dois indicadores de utilização propostos para Saúde Bucal na Portaria Nº 1.631 de 1 de outubro de 2015, Ações básicas em Odontologia e Ações especializadas em Odontologia para a população geral. Estes indicadores permitem compreender como vem se configurando a relação entre AB e AE dos municípios e a oferta dos serviços odontológicos (BRASIL, 2015) (APÊNDICE). Esta portaria aprovou critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. A variável dependente refere-se ao cumprimento de 50% da meta para os dois parâmetros (AB e AE). Foi considerado 50%, pois segundo a Resolução CIB Nº 503/2013 para o município implantar um CEO deve possuir 50% ou mais de cobertura de saúde bucal na atenção básica.

As variáveis independentes foram agrupadas segundo: (i) as características demográficas do município; (ii) indicadores de financiamento, (iii) oferta dos serviços:

Quadro 2. Dimensões, subdimensões, variáveis independentes relacionadas as características demográficas do município, financiamento e oferta dos serviços e suas categorias eleitas para analisar os fatores associados ao cumprimento de meta dos municípios do Estado da Bahia, 2013-2019 (n=73). Salvador, Bahia, 2021.

Dimensão	Variáveis	Categorias
Caracterização municipal	Porte populacional	Pequeno Médio Grande
	IDH	$\leq 0,637$ $> 0,637$
	Índice de Gini	$\leq 0,55$ $> 0,55$
	Salário Médio Mensal dos Trabalhadores Formais	$\leq 1,8$ $> 1,8$
	Rendimento nominal mensal per capita = $\frac{1}{2}$ salário mínimo	$\leq 46,2$ $> 46,2$
	Esgotamento sanitário adequado	$\leq 44,8$ $> 44,8$
	Urbanização de vias públicas	≤ 33 > 33
Financiamento	Participação da receita de impostos na receita total do município	$\leq 6,7$ $> 6,7$
	Participação das transferências intergovernamentais na receita total do município intergovernamentais na receita total do município	$\leq 85,9$ $> 85,9$
	Participação das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o município	$\leq 14,4$ $> 14,4$
	Despesa total com Saúde por habitante, sob a responsabilidade do município, em R\$/hab.	$\leq 493,30$ $> 493,30$
	Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	$\leq 3,8$ $> 3,8$
	Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do município com saúde	$\leq 54,1$ $> 54,1$
	Participação da receita própria aplicada em saúde conforme a LC141/2012	$\leq 19,3$ $> 19,3$

Caracterização, cobertura e utilização de serviços	Cobertura de Saúde Bucal	≤ 77,7% > 77,7%
	Tipo de CEO	I II III
	Quantidade de cirurgiões-dentistas nas especialidades mínimas	≤ 12 cirurgiões-dentistas > 12 cirurgiões-dentistas
	Mecanismo de ingresso do cirurgião-dentista por concurso público	≤ 3 cirurgiões-dentistas > 3 cirurgiões-dentistas
Gestão do serviço	Monitoramento e análise das metas no CEO	Sim Não
	CEO realiza matriciamento para as ESB	Sim Não
	CEO realiza ações clínicas junto as ESB da atenção básica	Sim Não
	Existência de gerente no CEO	Sim, profissional acumula a atividade clínica e de gerente do CEO Sim, profissional que atua exclusivamente como gerente do CEO Não há gerente
	Formação do gerente do CEO	Sim, em saúde coletiva Sim, em gestão pública Sim, outros Não
Acesso	Forma de acesso ao CEO	Espontânea Mista (espontânea e referenciada) Referenciada

Fonte: Elaboração própria.

Os dados de caracterização dos municípios foram extraídos do site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): porte populacional, IDH-M (0,637), índice de Gini (0,55), salário médio mensal dos trabalhadores formais (1,8), percentual da população com

rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo (46,2%), esgotamento sanitário adequado (44,8%), urbanização de vias públicas (33%).

O financiamento foi analisado segundo os valores nominais e deflacionados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), a partir do Fundo Nacional de Saúde e dos indicadores disponíveis no SIOPS: participação da receita de impostos na receita total do Município; participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município; participação % das transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município; despesa total com saúde - em R\$/hab., sob a responsabilidade do Município, por habitante; participação da despesa com investimentos na despesa total com saúde; participação das transferências para a saúde em relação à despesa total do município com saúde e participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC141/2012.

Para oferta e organização dos serviços, a variável cobertura de saúde bucal foi extraída do e-Gestor e as variáveis, tipo de CEO e quantidade de cirurgiões-dentistas que atuam nas especialidades mínimas com 67 respondentes, extraídas do módulo VII- Observação no CEO, 1º ciclo PMAQ-CEO. As demais variáveis foram extraídas do módulo VIII – Gerente e cirurgião-dentista, 1º ciclo PMAQ-CEO. O mecanismo de ingresso do cirurgião-dentista com 67 respondentes e as demais com 66 respondentes: existência de gerente no CEO, formação do gerente no CEO, monitoramento e análise das metas no CEO, CEO realiza matriciamento para as ESB da AB, CEO realiza ações clínicas junto as ESB da AB e forma de acesso ao CEO.

Foi realizada uma análise exploratória, considerando a relação das variáveis independentes relacionadas às características demográficas dos municípios, aos indicadores de financiamento e oferta dos serviços de saúde bucal, com a variável resposta de cumprimento de 50% da meta. A homogeneidade entre as variáveis foi verificada utilizando-se o teste de qui quadrado de Pearson.

Por fim, foi procedida uma análise multivariada, do tipo backward, para obtenção de um modelo de associação das variáveis que mostraram diferenças estatisticamente significantes e o cumprimento de meta em questão. Foram calculadas as *Odds Ratio* (OR) tanto brutas quanto ajustadas pelas variáveis potencialmente intervenientes.

Para todas as análises foi considerado o valor de p-valor < 0,05, Intervalo de Confiança (IC) 95%. Foi utilizado o pacote estatístico software STATA, versão 12.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Essa pesquisa foi realizada unicamente com dados secundários, de domínio público, o que dispensou análise ética prévia do seu protocolo.

5 RESULTADOS

Os principais achados da dissertação em tela foram organizados no formato de dois artigos científicos e um produto técnico.

5.1 ARTIGO 1

Fatores associados a metas de utilização de serviços em municípios da Bahia com Centros de Especialidades Odontológicas, de 2013 a 2019.

Associated factors with service utilization goals in municipalities of Bahia with Dental Specialty Centers from 2013-2019.

Wynnie Marie Lima de Carvalho¹

Thais Regis Aranha Rossi (orientadora)²

Julita Maria Freitas Coelho (coorientadora)³

¹ Mestranda em Saúde Coletiva. Universidade Estadual da Bahia.

² Doutora em Saúde Coletiva. Professora da Universidade do Estado da Bahia.

³ Doutora em Saúde Coletiva. Instituto Federal de Educação da Bahia.

RESUMO

Introdução: Estudos apontam aumento na oferta de serviços odontológicos no Brasil, mas também desigualdades na utilização. A política de saúde bucal apresentou avanços significativos, sendo importante compreender os fatores associados ao cumprimento de meta de utilização de serviços em municípios da Bahia com Centro de Especialidades Odontológicas.

Objetivo: Identificar os fatores associados ao cumprimento de meta de utilização dos serviços odontológicos na AB e AE dos municípios com CEO do estado da Bahia, de 2013 a 2019. **Método:** Este estudo é do tipo transversal, exploratório e analítico, utilizando dados secundários obtidos do Sistema de Informação Ambulatorial, da plataforma WEB e-Gestor Atenção Básica, do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde e do 1º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas. Foram analisados os anos de 2013-2019 em 73 municípios da Bahia com equipe de saúde bucal implantada e com serviços especializados, através dos indicadores de utilização propostos para saúde bucal na Portaria nº 1.631, de 01 de outubro de 2015. As variáveis independentes foram relacionadas às características demográficas, de financiamento e oferta dos serviços, sendo a variável resposta utilizada o cumprimento de 50% de dois parâmetros da portaria pelos municípios. **Resultados:** Na amostra final 58,90% dos municípios eram de pequeno porte, 50,68% mostraram acima de 85,9% de participação das transferências intergovernamentais na receita total, 49,32% tinham cobertura de saúde bucal acima de 77,7% e 43,83% possuíam CEO tipo I. Houve significância estatística na associação entre cobertura de saúde bucal e cumprimento de 50% ou mais da meta. **Conclusão:** Foi evidenciado que municípios de menor porte, com participação das transferências intergovernamentais na receita total acima de 85,9%, com cobertura de saúde bucal acima de 77% e com CEO tipo I, obtiveram maior cumprimento de meta. Conclui-se que a baixa cobertura de saúde bucal contribui para o não cumprimento de 50% da meta nos municípios.

Palavras-chave: saúde bucal; políticas de saúde; serviços de saúde, financiamento da saúde;

ABSTRACT

Introduction: Studies indicate an increase in the supply of dental services in Brazil, but also inequalities in utilization. The oral health policy has shown significant advances, and it is important to understand the factors associated with meeting the goal of service utilization in municipalities of Bahia with a Center for Dental Specialties. **Objective:** To identify the factors associated with meeting the goal of utilization of dental services in the AB and AE of municipalities with a CEO in the state of Bahia, from 2013 to 2019. **Method:** This is a cross-sectional, exploratory, and analytical study, using secondary data obtained from the Outpatient Information System, the WEB platform e-Gestor Basic Care, the Information System on Public

Health Budgets, and the 1st cycle of the National Program for Improving Access and Quality of Dental Specialty Centers. The years 2013-2019 were analyzed in 73 municipalities in Bahia with implemented oral health team and with specialized services, through the utilization indicators proposed for oral health in Ordinance No. 1,631, October 1, 2015. The independent variables were related to demographic, funding, and service supply characteristics, and the response variable used was compliance with 50% of two parameters of the ordinance by the municipalities. Results: In the final sample 58.90% of the municipalities were small, 50.68% showed above 85.9% participation of intergovernmental transfers in total revenue, 49.32% had oral health coverage above 77.7% and 43.83% had CEO type I. There was statistical significance in the association between oral health coverage and achievement of 50% of the goal. Conclusion: It was evidenced that small municipalities, with participation of intergovernmental transfers in total revenues above 85.9%, with oral health coverage above 77% and with CEO type I, achieved greater compliance with the goal. It is concluded that low oral health coverage contributes to the noncompliance of 50% of the goal in the municipalities.

Keywords: oral health, health policies, health services, health financing.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) consolidou-se a partir da década de 90, após a promulgação da Lei Nº 8.080/90. No ano de 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF). O PSF passou por transformações e tornou-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF), incorporando a equipe de saúde bucal (ESB) no ano 2000, possibilitando uma nova forma de planejamento e programação na atenção primária (PIMENTEL *et al.*, 2012; PEREIRA, 2013).

No ano de 2004, o Ministério da Saúde (MS) lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), Programa Brasil Sorridente, que tem como objetivo garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal (SB) dos brasileiros. A PNSB também garantiu a ampliação do acesso à atenção secundária/especializada através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (BRASIL, 2004; CHAVES *et al.*, 2011).

Os CEO podem se apresentar em três categorias distintas: CEO tipo I (com três cadeiras odontológicas), tipo II (com quatro a seis cadeiras odontológicas) e tipo III (com sete ou mais

cadeiras odontológicas), todos os CEO devem ofertar minimamente as cinco especialidades citadas anteriormente, e todas as cadeiras devem funcionar por 40 horas semanais (MACHADO, SILVA E FERREIRA, 2015; GONÇALVES *et al.*, 2018).

Alguns autores apontam a necessidade de estudos para monitorar e avaliar os impactos da política. Barros *et al.* (2017) relatam que um dos grandes desafios se refere ao impacto em regiões metropolitanas, pois há uma oferta mais estruturada de serviços de saúde, mas existe também um expressivo contingente populacional com elevado índice de pobreza urbana que é extremamente heterogêneo. Sabe-se que a inclusão do dentista na ESF, melhorou a satisfação do usuário, aumentou acesso e utilização nas áreas mais necessitadas e cobertas, mas não há um consenso sobre grandes transformações nas práticas e na utilização dos serviços (ROCHA E GOES, 2008; PEREIRA *et al.*, 2012; MATTOS *et al.*, 2014). Segundo Mattos *et al.*, (2014), os motivos estimuladores da incorporação do cirurgião-dentista (CD) foram os incentivos financeiros fornecidos pelo Ministério da Saúde; a crença dos gestores na melhoria da saúde bucal da população e a possibilidade de reorganizar as ações em saúde bucal.

O processo de descentralização e ampliação da saúde bucal, a partir da incorporação do ESB nas ESF aponta para a necessidade de investigação das práticas adotadas nas ESB nos diferentes municípios. Neves, Giordani e Hugo (2019), trazem a importância de entender as características demográficas, os indicadores do sistema de saúde dos municípios brasileiros, equipamentos, insumos e características do processo de trabalho, sob a ótica conceitual da integralidade, pois mesmo com mais de 10 anos da ESB na ESF os achados ainda são insatisfatórios. Baldani *et al.* (2018), relatam a importância da gestão como apoiadora do processo de trabalho das equipes, os achados evidenciam desigualdades intermunicipais, desfavoráveis aos municípios menores e mais carentes. É necessária a qualificação da gestão a fim de favorecer o resgate de competências e habilidades indispensáveis para a boa gestão da clínica e do cuidado na atenção básica (AB).

As diversas experiências municipais são fundamentais, pois promovem mudanças nas práticas dos serviços e dos profissionais. Os estudos realizados mostram a relação entre porte populacional e utilização de serviços, aumento da oferta de serviços odontológicos ao longo dos anos no Brasil, desigualdades na utilização, apontando um menor acesso para os usuários com maior vulnerabilidade social. (ROCHA E GOES, 2008; PEREIRA *et al.*, 2012; MATTOS *et al.*, 2014).

Apesar dos avanços com a PNSB e o crescimento dos serviços odontológicos, ainda há um subfinanciamento dos serviços de saúde. Ainda que os municípios recebam os recursos federais, estes não conseguem garantir a oferta dos serviços de saúde bucal, existem gastos

adicionais com manutenção de equipamentos, instrumentais, insumos e materiais de consumo específicos que são de alto custo (KORNIS, MAIA E FORTUNA, 2011).

Amorim, Conceição e Aragão (2019), estudaram o financiamento nos dois maiores municípios da Bahia, Feira de Santana e Vitória da Conquista, no ano de 2017. Com relação à saúde bucal na AB, Feira de Santana investe do gasto total 2,5% e Vitória da Conquista 4,6%, já na média e alta complexidade investe 0,16% e 0,26%, respectivamente. Estes baixos investimentos refletem na baixa cobertura dos serviços odontológicos. Rossi et al. (2018), em estudo dos anos de 2003 a 2017 sobre o financiamento da política nacional de saúde bucal do Brasil, traz que até o ano de 2016 houve uma constância no repasse para AB, tendo decréscimo em 2017. Na atenção especializada (AE), houve aumento da participação principalmente a partir de 2013, demonstrando que não há uma pactuação entre os níveis de complexidade, fragilizando, assim, a integralidade pretendida.

Os estudos que se debruçam sobre o financiamento abordam os repasses e gastos com a saúde bucal (KORNIS, MAIA E FORTUNA, 2011; ROSSI *et al.*, 2018). Ademais, não foram identificados estudos que analisem os fatores associados, no âmbito municipal, à utilização dos serviços odontológicos da atenção básica (AB) e atenção especializada (AE) da Bahia, no que se refere ao cumprimento de metas.

Nesse sentido, esse trabalho buscou identificar os fatores associados ao cumprimento de meta de utilização dos serviços odontológicos na AB e AE dos municípios com CEO do estado da Bahia, de 2013 a 2019.

MÉTODOS

Este estudo foi do tipo transversal exploratório e analítico, utilizando dados secundários obtidos da plataforma WEB e-Gestor Atenção Básica (AB), do sistema de informação ambulatorial SIA/SUS, do 1º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades odontológicas (PMAQ-CEO), do site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

A Bahia, estado da região Nordeste, possui uma população estimada de 14.930.634 (2020), apresentando Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M) médio - 0,660, sendo o IDH-M do Brasil 0,699 (IBGE, 2010). Representa o maior estado da região com grande quantidade de ESB e CEO. Foram analisados os dois últimos períodos de governo municipal, 2013-2016 e 2017-2019. No que se refere ao ano de 2020, seriam analisados apenas os meses

do primeiro trimestre, mas por conta da pandemia do novo coronavírus-Sars-Cov-2 (Covid-19), este ano foi desconsiderado.

Para a realização deste estudo, foram considerados 73 municípios do estado da Bahia que possuem a estratégia de saúde da família com equipe de saúde bucal e CEO implementados (QUADRO 1). Na Bahia existem 80 CEO e 2.911 ESFSB, com cobertura SB AB de 66,30% (Dados de nov. /2020, e-Gestor AB).

O estudo foi realizado a partir de dados secundários, os procedimentos odontológicos foram coletados do DATASUS- SIA/SUS (2020). Para análise do financiamento, foi utilizado o site da transparência do Fundo Nacional de Saúde, a base do SIOPS. Para oferta dos serviços os dados foram coletados do e-Gestor AB (coberturas SB) e do 1º ciclo do PMAQ-CEO.

Quadro 1. Municípios eleitos para estudo segundo núcleo regional de saúde. Salvador, Bahia, 2021.

NÚCLEO REGIONAL DE SAÚDE	MUNICÍPIOS
Centro Leste	Boa Vista do Tupim, Conceição do Coité, Feira de Santana, Iaçú, Ipirá, Iraquara, Itaberaba, Itaeté, Pintadas, Ruy Barbosa, Santo Estevão, Utinga
Centro Norte	Capim Grosso, Irecê, Jacobina, Mairi, Morro do Chapéu
Extremo Sul	Alcobaça, Eunápolis, Itabela, Itamaraju, Itanhém, Medeiros Neto, Nova Viçosa, Porto Seguro, Prado, Teixeira de Freitas
Leste	Cachoeira, Camaçari, Candeias, Dias D'Ávila, Governador Mangueira, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Mata de São João, Pojuca, Salvador, Santo Antônio de Jesus, São Felix, São Sebastião do Passé, Vera Cruz
Nordeste	Alagoinhas, Catu
Norte	Juazeiro, Paulo Afonso, Senhor do Bonfim
Oeste	Bom Jesus da Lapa, Canápolis, Correntina, Ibotirama, Luís Eduardo Magalhães, Santa Maria da Vitória, Santa Rita de Cássia, São Desidério, São Felix do Coribe
Sudoeste	Brumado, Caculé, Cândido Sales, Guanambi, Igaporã, Itapetinga, Livramento de Nossa Senhora, Nova Canaã, Vitória da Conquista
Sul	Ilhéus, Ipiaú, Itabuna, Itajuípe, Jaguaquara, Jequié, Una, Wenceslau Guimarães

Fonte: Elaboração própria.

Para análise do estudo foram considerados dois indicadores de utilização propostos para Saúde Bucal na Portaria Nº 1.631 de 1 de outubro de 2015, Ações básicas em Odontologia e Ações especializadas em Odontologia para a população geral. Estes indicadores permitem compreender como vem se configurando a relação entre AB e AE dos municípios e a oferta dos serviços odontológicos (BRASIL, 2015) (APÊNDICE). Esta portaria aprovou critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. A variável dependente refere-se ao cumprimento de 50% da meta para os dois parâmetros (AB e AE). A escolha dos 50% se fundamenta na Resolução CIB Nº 503/2013, pois para o município implantar um CEO deve possuir 50% ou mais de cobertura de saúde bucal na atenção básica.

Os dados de caracterização dos municípios foram extraídos do site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): porte populacional, IDH-M (0,637), índice de Gini (0,55), salário médio mensal dos trabalhadores formais (1,8), percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo (46,2%), esgotamento sanitário adequado (44,8%), urbanização de vias públicas (33%).

O financiamento foi analisado segundo os valores nominais e deflacionados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), a partir do Fundo Nacional de Saúde e dos indicadores disponíveis no SIOPS: participação da receita de impostos na receita total do Município; participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município; participação % das transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município; despesa total com saúde - em R\$/hab., sob a responsabilidade do Município, por habitante; participação da despesa com investimentos na despesa total com saúde; participação das transferências para a saúde em relação à despesa total do município com saúde e participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC141/2012.

Para oferta e organização dos serviços, a variável cobertura de saúde bucal foi extraída do e-Gestor e as variáveis, Tipo de CEO e quantidade de cirurgiões-dentistas que atuam nas especialidades mínimas com 67 respondentes, extraídas do módulo VII- Observação no CEO, 1º ciclo PMAQ-CEO. As demais variáveis foram extraídas do módulo VIII – Gerente e cirurgião-dentista, 1º ciclo PMAQ-CEO. O mecanismo de ingresso do cirurgião-dentista com 67 respondentes e as demais com 66 respondentes: existência de gerente no CEO, formação do gerente no CEO, monitoramento e análise das metas no CEO, CEO realiza matriciamento para as ESB da AB, CEO realiza ações clínicas junto as ESB da AB e forma de acesso ao CEO.

As variáveis independentes eleitas para a presente pesquisa foram agrupadas segundo: (i) as características demográficas do município; (ii) indicadores de financiamento, (iii) oferta dos serviços (QUADRO 2).

Quadro 2. Características demográficas, financiamento, cobertura, caracterização, gestão e acesso aos serviços odontológicos de municípios do Estado da Bahia, 2013-2019 (n=73). Salvador, Bahia, 2021.

Dimensão	Variáveis	Categorias
Caracterização municipal	Porte populacional	Pequeno/ Médio/ Grande
	IDH	$\leq 0,637/ > 0,637$
	Índice de Gini	$\leq 0,55/ > 0,55$
	Salário Médio Mensal dos Trabalhadores Formais	$\leq 1,8/ > 1,8$
	Rendimento nominal mensal per capita = $\frac{1}{2}$ salário mínimo	$\leq 46,2/ > 46,2$
	Esgotamento sanitário adequado	$\leq 44,8/ > 44,8$
	Urbanização de vias públicas	$\leq 33/ > 33$
Financiamento	Participação da receita de impostos na receita total do município	$\leq 6,7/ > 6,7$
	Participação das transferências intergovernamentais na receita total do município	$\leq 85,9/ > 85,9$
	Participação das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o município	$\leq 14,4/ > 14,4$
	Despesa total com Saúde por habitante, sob a responsabilidade do município, em R\$/hab.	$\leq 493,30/ > 493,30$
	Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	$\leq 3,8/ > 3,8$
	Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do município com saúde	$\leq 54,1/ > 54,1$
	Participação da receita própria aplicada em saúde conforme a LC141/2012	$\leq 19,3/ > 19,3$
Caracterização, cobertura e utilização de serviços	Cobertura de Saúde Bucal	$\leq 77,7\%/ > 77,7\%$
	Tipo de CEO	I/ II III
	Quantidade de cirurgiões-dentistas nas especialidades mínimas	$\leq 12/ > 12$
	Mecanismo de ingresso de cirurgiões-dentistas por concurso público	$\leq 3 / > 3$
Gestão do serviço	Monitoramento e análise das metas no CEO	Sim/ Não
	CEO realiza matriciamento para as ESB	Sim/ Não

	CEO realiza ações clínicas junto as ESB da atenção básica	Sim/ Não
	Gerente no CEO e acumulação com atividade profissional	Sim, com acumulação/Sim, sem acumulação/ Sem gerente
	Formação do gerente do CEO	Saúde coletiva/ gestão pública/ outros/ sem formação
Acesso	Forma de acesso ao CEO	Espontânea/ referenciada/ mista

Fonte: Elaboração própria.

Foi realizada uma análise exploratória, considerando a relação das variáveis independentes relacionadas às características demográficas dos municípios, aos indicadores de financiamento e oferta dos serviços de saúde bucal, com a variável resposta de cumprimento de 50% da meta. A homogeneidade entre as variáveis foi verificada utilizando-se o teste de qui quadrado de Pearson.

Por fim, foi procedida uma análise multivariada, do tipo backward, para obtenção de um modelo de associação das variáveis que mostraram diferenças estatisticamente significantes e o cumprimento de meta em questão. Foram calculadas as *Odds Ratio* (OR) tanto brutas quanto ajustadas pelas variáveis potencialmente intervenientes.

Para todas as análises foi considerado o valor de p-valor < 0,05, Intervalo de Confiança (IC) 95%. Foi utilizado o pacote estatístico software STATA, versão 12.

Essa pesquisa foi realizada unicamente com dados secundários, de domínio público, o que dispensou análise ética prévia do seu protocolo.

RESULTADOS

Os resultados mostram que, segundo as características demográficas dos 73 municípios estudados, 43 eram de pequeno porte, 16 de médio porte e 14 de grande porte, com maior cumprimento de meta naqueles de pequeno porte ($p=0,02$). No ano de 2010, IDH da Bahia representou 0,660. Dos municípios em estudo, 35 (47,94%) representaram IDH menor ou igual a 0,637 e 38 (52,06%) municípios com IDH maior que 0,637. O índice de Gini foi menor ou igual a 0,55 em 34 municípios (46,57%) e 39 (53,43%) possuíam tal índice maior que 0,55 com maior cumprimento de meta (TABELA 1).

No trabalho e rendimento nos municípios, o salário médio mensal dos trabalhadores formais foi menor ou igual a 1,8 em 37 (50,68%), municípios obtendo maior cumprimento de

meta. O rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário-mínimo se apresentou maior que 46,2% para 39 (53,43%) municípios com maior cumprimento de meta (TABELA 1).

Tabela 1. Características demográficas dos municípios do Estado da Bahia, 2013-2019 (n=73). Salvador, Bahia, 2021.

Características Demográficas	Cumprimento maior que 50% da meta				p-valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Porte populacional					
Pequeno	27	62,79	16	37,21	0,02
Médio	5	35,25	11	68,75	
Grande	4	28,57	10	71,43	
IDH-M					
≤0,637	18	51,43	17	48,57	0,73
>0,637	18	47,37	20	52,63	
Índice de Gini					
≤0,55	16	47,06	18	52,94	0,72
>0,55	20	51,28	19	48,72	
Salário Médio Mensal dos Trabalhadores Formais					
≤1,8	19	51,35	18	48,65	0,72
>1,8	17	47,22	19	52,78	
Rendimento nominal mensal per capita ≤ ½ salário mínimo					
≤46,2	17	50,00	17	50,00	0,91
>46,2	19	48,72	20	51,28	
Esgotamento sanitário adequado					
≤44,8	21	56,76	16	43,24	0,20
>44,8	15	41,67	21	58,33	
Urbanização de vias públicas					
≤33	32	47,76	35	52,24	0,37
>33	14	66,67	12	33,33	

*Ano de referência dos dados analisados: 2010 (IBGE).

Fonte: Elaboração própria baseado no site do IBGE (www.ibge.com.br).

Em 2010, o esgotamento sanitário adequado representou um número menor ou igual a 44,8% para 37 municípios (50,68%) e maior cumprimento de meta. Na urbanização de vias públicas, 67 municípios (91,78%) apresentaram taxa menor ou igual a 33% obtendo melhor cumprimento da meta (TABELA 1).

Quanto ao financiamento, a participação da receita de impostos na receita total dos municípios observou-se que foi menor ou igual a 6,7% em 37 (50,68%) municípios. As transferências intergovernamentais na receita total representaram uma taxa maior que 85,9% em 37 municípios (50,68%) e estes cumpriram a meta, sendo a variável estatisticamente significativa (p=0,03) (TABELA 1).

A participação das transferências para a saúde (SUS) no total de recursos transferidos foi em média ≤ 14,4% em 36 municípios *versus* > 14,4% nos 37 restantes.

Tabela 2. Percentual de Cumprimento das Metas versus financiamento da atenção à saúde bucal no Estado da Bahia, 2013-2019 (n=73). Salvador, Bahia, 2021.

Financiamento	Cumprimento da meta > 50%				
	Sim		Não		p-valor
	n	%	n	%	
Participação da receita de impostos na receita total do município					
≤ 6,7	21	56,76	16	43,24	0,20
> 6,7	15	41,67	21	58,33	
Participação das transferências intergovernamentais na receita total do município					
≤ 85,9	13	36,11	23	63,89	0,03
> 85,9	23	62,16	14	37,84	
Participação das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o município					
≤14,4	21	58,33	15	41,67	0,13
>14,4	15	40,54	22	59,46	
Despesa total com Saúde por habitante, sob a responsabilidade do município, em R\$/hab.					
≤493,30	17	45,95	20	54,05	0,56
>493,30	19	52,78	17	47,22	
Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde					
≤3,8	18	51,43	17	48,57	0,73
>3,8	18	47,37	20	52,63	
Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do município com saúde					
≤54,1	20	55,56	16	44,44	0,30
>54,1	16	43,24	21	56,76	
Participação da receita própria aplicada em saúde conforme a LC141/2012 (mínimo de 15% para municípios)					
≤19,3	17	47,22	19	52,78	0,72
>19,3	19	51,35	18	48,65	

Fonte: Elaboração própria baseado no site do SIOPS (<http://siops.datasus.gov.br/reindicadoresmun2.php?escmun=3>).

Já no tocante à despesa total em saúde por habitante, 37 municípios gastaram até R\$ 493,30 reais por habitante. Destaca-se que na participação da despesa com investimentos na despesa total com saúde, 35 municípios apresentaram-se menor ou igual à média de 3,8% e 38 municípios maior que 3,8%, tendo a mesma representatividade no cumprimento de meta. Na receita própria aplicada em saúde, 37 (50,68%) municípios participaram com mais de 19,3% e cumpriram melhor a meta (TABELA 2).

Com relação à oferta de serviços odontológicos, dos 73 municípios estudados, 37 (50,68%) municípios representaram cobertura de saúde bucal menor ou igual a 77,7% e 36

(49,32%) maior que 77,7% tendo este grupo maior cumprimento de meta e a variável significância estatística $p=0,001$. No que se refere ao tipo de CEO, 32 municípios tinham CEO tipo I, 36 com CEO tipo II e apenas 5 possuíam CEO tipo III, com melhor cumprimento de meta nos de tipo I ($p=0,01$) (TABELA 3).

Por outro lado, dentre os 66 municípios analisados, quanto à existência de gerente no CEO, percebeu-se que apenas 12 municípios não possuíam gerente, e naqueles em que o profissional acumulava a atividade clínica e de gerente existia maior cumprimento de meta. Destes gerentes, 53 não possuíam formação nem em saúde coletiva, nem em gestão pública, 11 possuíam em saúde coletiva e 2 em gestão pública, tendo maior resposta quando o gerente apresentava outro tipo de formação (TABELA 3).

Já a quantidade de cirurgiões-dentistas nas especialidades mínimas, cirurgia oral, endodontia, estomatologia, pacientes com necessidades especiais e periodontia representou uma média de 12 dentistas, sendo que a maioria (86,30%) correspondeu com menor ou igual a 12 dentistas e cumpriram melhor a meta. O mecanismo de ingresso do cirurgião-dentista por concurso público mostrou uma média de 3 cirurgiões-dentistas. Destes, 45 municípios (67,16%) possuíam média menor ou igual a 3 e cumpriram melhor a meta e 22 (32,84%) maior que 3 (TABELA 3).

Tabela 3. Oferta de serviços odontológicos no Estado da Bahia, 2013-2019 (n=73). Salvador, Bahia, 2021.

Características	Cumprimento maior que 50% da meta				p-valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Cobertura de Saúde Bucal (n=73)					
≤77,7%	11	29,73	26	70,27	0,001
>77,7%	25	69,44	11	30,56	
Tipo de CEO (n=73)					
I	21	65,63	11	34,38	0,01
II	15	41,67	21	58,33	
III	0	00,00	5	100,00	
Gerente no CEO e acumulação de atividade profissional (n=66)					
Sim/ com acumulação	16	64,00	9	36,00	0,25
Sim/ sem acumulação	12	41,38	17	58,62	
Sem gerente	6	50,00	6	50,00	
Formação do gerente do CEO (n=66)					
Sim, em saúde coletiva	4	36,36	7	63,64	0,72
Sim, em gestão pública	1	50,00	1	50,00	
Sim, outros	17	56,67	13	43,33	
Não	12	52,17	11	47,83	
Quantidade de cirurgiões- dentistas nas especialidades mínimas (n=67)					
≤12	32	50,79	31	49,21	0,97
>12	2	50,00	2	50,00	

Ingresso de cirurgiões- dentistas por concurso público (n=67)					
≤3	25	55,56	20	44,44	0,26
>3	9	40,91	13	59,09	
Monitoramento e análise das metas no CEO (n=66)					
Sim	24	47,06	27	52,94	0,18
Não	10	66,67	5	33,33	
CEO realiza matriciamento para as ESB da atenção básica (n=66)					
Sim	25	52,08	23	47,92	0,88
Não	9	50,00	9	50,00	
CEO realiza ações clínicas junto as ESB da atenção básica (n=66)					
Sim	18	48,65	19	51,35	0,60
Não	16	55,17	13	44,83	
Forma de acesso ao CEO (n=66)					
Espontânea	-	-	-	-	0,65
Mista (espontânea e referenciada)	21	53,85	18	46,15	
Referenciada	13	48,15	14		

Fonte: Elaboração própria baseada no 1º ciclo do PMAQ-CEO e site do e-Gestor AB (<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB .xhtml>).

Além disso, verificou-se que o monitoramento e análise das metas no CEO foi realizado por 51 (77,27%) municípios, prevalecendo o maior cumprimento de meta, enquanto que somente 15 não o fizeram. Na relação CEO e AB, referente ao matriciamento, 48 (72,72%) municípios realizaram, e em 37 (56,06%) municípios realizaram ações clínicas conjuntas. Quando ocorria o matriciamento e as ações conjuntas a meta se apresentava mais expressiva. A maior parte do acesso ao CEO se dava por demanda mista (espontânea e referenciada) em 39 (59,10%) municípios com maior cumprimento de meta, e de forma referenciada nos demais 27 (40,90%) municípios (TABELA 3).

A partir da análise multivariada, foi observada associação estatisticamente significativa entre cobertura de saúde bucal e cumprimento de meta menor ou igual a 50% nos modelos brutos e quando ajustados por porte populacional, IDH, índice Gini, despesa total com saúde por hab., quantidade de especialistas, ingresso no serviço por concurso público, despesa total com saúde por habitante, salário médio mensal dos trabalhadores formais e urbanização de vias públicas (OR bruta= 5,37; IC95% [1,98 – 14,60] / OR ajustada= 6,27; IC95% [1,52 – 25,81] (TABELA 4).

Tabela 4. Odds Ratio (OR) e Intervalo de confiança (IC 95%) obtidos mediante regressão logística não condicional para a associação entre cobertura de saúde bucal e cumprimento de até 50% da meta no Estado da Bahia, Brasil, 2021 (n=73).

Cobertura de Saúde Bucal	MODELOS	OR	IC 95%	p*
--------------------------	---------	----	--------	----

Cumprimento \leq 50% da Meta	Bruto (n=73)	5,37	(1,98 – 14,60)	0,001
	Ajustado ¹ (n=73)	6,27	(1,52 – 25,81)	0,011

* Valor de significância estatística: $p \leq 0,05$.

Fonte: Dados do IBGE (2010), SIOPS (2020), 1º ciclo do PMAQ-CEO e site do e-Gestor AB (2020).

DISCUSSÃO

O presente estudo revelou que uma menor cobertura de saúde bucal está positivamente associada ao não cumprimento de 50% da meta de utilização dos serviços odontológicos na AB e AE dos municípios com CEO do estado da Bahia no período 2013-2019. Além disso, tal associação se manteve, mesmo depois de realizados os ajustes por porte populacional, IDH, índice Gini, despesa total com saúde por hab., quantidade de especialistas, ingresso no serviço por concurso público, despesa total com saúde por habitante, salário médio mensal dos trabalhadores formais e urbanização de vias públicas.

Nesse sentido, destaca-se que o cumprimento de meta está relacionado aos parâmetros propostos na portaria, para ações básicas valor mínimo de 1,5 procedimentos/hab/ano e para ações especializadas 0,05 procedimentos/hab/ano, quando o município cumpriu 50% dos dois parâmetros então cumpriu a meta de 50%. Os resultados encontrados a partir destes parâmetros, são fundamentais para avaliação e monitoramento dos serviços de saúde bucal.

Sabe-se que muitos fatores influenciam a utilização de serviços, a exemplo das características demográficas dos municípios. Naqueles de pequeno e médio porte houve maior cumprimento da meta do que os de grande porte, e quanto ao IDH-M, locais com índice menor ou igual e maior que 0,637 representaram o mesmo cumprimento de meta. No entanto resultado diferente foi observado por Figueiredo e Goes (2009), por exemplo, vez que verificaram que quanto menor o porte populacional e o desenvolvimento humano, pior era o desempenho do CEO. Observa-se que esta divergência pode estar relacionada ao baixo número de municípios no presente estudo ou pode indicar que municípios menores tenham mais facilidade na integralidade das ações já que possuem um número menor de serviços a serem administrados, garantindo melhor os fluxos.

Considerando municípios de grande porte, com IDH maior que 0,7 e com cobertura de saúde bucal de até quatro mil habitantes, representaram maior realização de procedimentos odontológicos curativos (NEVES, GIORDANI E HUGO, 2019). No estudo de Galvão e Roncalli (2021), ao avaliar os fatores associados ao desempenho dos municípios quanto à

disponibilidade de serviços odontológicos especializados, foi identificado que aqueles com menor porte populacional apresentaram maior proporção de municípios com maior desempenho. Com relação ao IDH-M, aqueles com menor IDH apresentaram maior proporção de municípios com maior desempenho. Por sua vez, os municípios com menor renda per capita apresentaram em sua maior parte melhor desempenho. Estes achados mostram que os indicadores sociais e as características demográficas podem influenciar na utilização e desempenho dos serviços.

No geral, dentre os municípios estudados, notou-se que a maioria apresentou um Índice de Gini maior que 0,55. O índice varia de 0 a 1 e mede a desigualdade, sendo mais desigual quando está próximo de 1. Sabe-se que os municípios com Gini maior que a média, têm garantido uma maior utilização dos serviços (IPEA, 2004). O salário médio mensal dos trabalhadores formais não sofreu grande variação entre os anos de 2012 a 2016, passando de R\$ 1.283 em 2012 para R\$ 1.287 em 2016. Porém, os locais que apresentaram valor menor ou igual a 1,8 de salário médio mensal, mostraram maior utilização dos serviços e cumprimento da meta (SEI, 2016). Isto pode ser explicado, pois a população com menor salário, não apresenta recursos financeiros disponíveis para utilizar o setor privado, o que pode elevar a demanda odontológica no setor público.

Na Bahia, entre 2012 a 2016, o rendimento nominal mensal menor que meio salário-mínimo aumentou de 37,9% para 41,6%, comparado ao Brasil e Nordeste que houve redução (SEI, 2016). No entanto, Aly *et al.* (2017), demonstraram que no Brasil entre 2002 a 2014 passou de 51% para 26,5%. Nesse sentido, vale destacar que, quando o rendimento mensal tem percentual maior que 46,2%, este garante um maior cumprimento de meta aos municípios.

Já o esgotamento sanitário na Bahia apresentou aumento de 37,2% em 2002 para 52,2% em 2012, chegando em 2016 a 54,6%, mas ainda assim está abaixo da média nacional em 2016 de 63,7% (BRASIL, 2015). Neste estudo, municípios com esgotamento menor ou igual a 44,8% mostraram uma maior utilização de serviços. Esse achado pode estar relacionado ainda fatores não estudados. Nesse sentido, entende-se serem oportunos investigações com esses municípios em particular, que possam revelar características peculiares que possam explicar tais achados.

No Brasil as desigualdades socioeconômicas impactam diretamente a saúde (NEVES, GIORDANI E HUGO, 2019). Assim como a relação entre as desigualdades sociais e a condição de saúde bucal, que gera iniquidades e são minimizadas devido às políticas de saúde existentes (FERNANDES *et al.*, 2016). Sabe-se que mesmo com a inserção da ESB no PSF, as condições de vida dos indivíduos refletem na utilização dos serviços de saúde bucal configurando um agente modulador da saúde bucal nos diferentes municípios.

Um exemplo disso foi o aumento das ESB, e a expansão dos CEO que foi detectado, a despeito da persistência de várias dificuldades com relação à utilização de serviços nos municípios e o financiamento dessas ações. Rossi *et al.* (2019), relata que os investimentos financeiros no SUS, a nível federal, apresentaram crescimento entre 2003 a 2010 e estabilidade entre 2011 a 2018. Na atenção básica os repasses foram crescentes até 2012, logo após sofreram redução, manutenção e queda em 2018, enquanto na atenção especializada tais repasses foram crescentes até 2017. O fato é que, desde que o SUS existe, há um subfinanciamento, e uma não constância nos repasses, e o que se tem nesse momento é, na verdade, uma limitação dos gastos públicos.

Por sua vez, a despesa total com saúde por habitante no Brasil apresentou crescimento ao longo dos anos. No ano de 1999 era de R\$83,70, em 2010 R\$388,40 chegando em 2019 com R\$ 441,88 (CELESTE *et al.*, 2014; CORRÊA E CELESTE, 2015). O estado da Bahia, em 2019, representou uma das últimas posições ficando à frente apenas do Maranhão e Pará, com uma despesa de R\$ 291,97 por habitante. Já a realidade da capital Salvador, tem um dos menores desempenhos com gasto de R\$ 275,56, tendo Teresina, capital do Piauí, a primeira posição com gasto de R\$ 703,16 (CFM, 2019). Deve-se considerar a importância de um maior gasto com saúde por habitante nos municípios, já que segundo o estudo, desse modo há um maior cumprimento de meta.

Logo, estes dados podem justificar porque no presente estudo a maioria dos municípios mostraram uma média igual ou menor que R\$ 493,30. Nota-se que mesmo com essa média do estudo, os achados referentes à Bahia e sua capital Salvador apontam para um baixo investimento em saúde por habitante. Em comparação com o estudo de Galvão e Roncalli (2021) sobre os municípios brasileiros com CEO, a média de gastos por habitante foi semelhante, chegando a R\$ 599,40, em que 50% dos municípios avaliados gastaram até R\$ 531,70 por habitante. Estes valores na despesa total com saúde por habitante podem refletir as dificuldades encontradas pelos serviços para o cumprimento das metas.

A participação das transferências intergovernamentais na receita total do município reflete o grau de dependência do município em relação às transferências de outras esferas do governo. No dado estudo, os municípios com participação maior que 85,9% cumpriram melhor a meta, porém isto indica que estes têm maior dependência com respeito as transferências de recursos de outras esferas de governo (SIOPS, 2009). Ressalta-se a importância das transferências intergovernamentais para a saúde, pois pode promover uma redistribuição de recursos ao longo do território e atribuir maior capacidade e responsabilidade de gestão aos

governos locais (SIMÃO E ORELLANO, 2015). Dessa forma, essa dependência pode influenciar diretamente no cumprimento de meta pelos municípios.

A participação da receita própria aplicada em saúde, que são os gastos em saúde com recursos próprios, deve ser no mínimo 15% de suas receitas de impostos e transferências constitucionais, estabelecido pela LC141/2012. Neto *et al.* (2017) ao analisar o financiamento em municípios de São Paulo, relata que há um crescente aumento com gastos em saúde, tendo a média regional o dobro do valor exigido pela legislação, o que mostra o reflexo da política praticada no Brasil e o desfinanciamento federal na saúde. No presente estudo, 37 (50,68%) municípios aplicaram mais que 19,3% dos recursos em saúde, o que difere da realidade dos municípios paulistas. Nota-se que todos os municípios cumpriram os 15% estabelecidos pela lei. Há que se considerar que o gasto em saúde acima de 30% não seja uma realidade para os municípios já que a educação consome no mínimo mais 25% da receita (NETO *et al.*, 2017). Porém o estudo mostrou que quando o município investe mais, ele também cumpre mais a meta, reafirmando a importância dos gastos com saúde.

Outro quesito relevante considerado na presente investigação, foi a identificação dos municípios que implementaram CEO na Bahia e suas características. Ao analisar a cobertura de saúde bucal, Barros *et al.* (2017), em estudo com dois municípios do Estado da Bahia, observou que no município A, os residentes de área com cobertura de SB utilizaram mais os serviços ofertados se comparado ao município B, em que as áreas descobertas utilizaram mais. No presente estudo, foi observado que os municípios com cobertura de SB maior que 77,7% cumpriram melhor a meta estabelecida se comparado aos com menor ou igual a 77,7%. Esses achados sugerem que quanto maior for a cobertura, maior será o acesso a serviços de SB da população.

Quanto à associação, mostrou-se que uma menor cobertura de saúde bucal reflete significativamente ao não cumprimento de 50% da meta. Este efeito associado ao aumento de cobertura de SB permaneceu mesmo após controle por fatores demográficos, de financiamento e oferta de serviços odontológicos. Estes achados corroboram com os de Côrreia e Celeste (2015), sugerindo que o aumento da cobertura de SB parece ser uma estratégia efetiva para o aumento de indicadores de utilização de serviços odontológicos.

Assim, reafirma-se que o aumento de cobertura de saúde bucal na AB é de suma importância, pois se associa a um maior cumprimento de meta e consequente maior utilização dos serviços especializados, por meio do fluxo de referência e contrarreferência. Por outro lado, a forma de acesso ao CEO teve maior expressividade na demanda mista, espontânea e referenciada, destacando a relevância da garantia do fluxo dos serviços de AB e AE. A baixa

cobertura de SB pode sinalizar problemas como tempo de espera, presença de barreiras geográficas, escassez de recursos humanos e dificuldades na comunicação entre os profissionais da atenção básica e especializada (CELESTE, *et al.*, 2014). Fundamenta-se que para efetivação da AB é essencial a promoção da saúde, pois objetiva a melhoria na qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e riscos à saúde, levando a população a ter melhorias no modo de viver: condições de trabalho, habitação, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2008). Dessa maneira, garantir a cobertura na AB é primordial para um aumento da utilização dos serviços especializados e integralidade do cuidado.

Quanto ao tipo de CEO, a maioria foi do tipo I ou II, apontando para um maior cumprimento de meta nos de tipo I, sendo os do tipo III com n=5 e sem cumprimento de meta. Porém outro estudo sugere que os serviços mais estruturados garantiram um maior cumprimento da atenção secundária (GOES *et al.*, 2012). Ressalta-se que esta divergência com relação a estrutura do serviço não é o principal entrave para avaliação e cumprimento de meta.

A articulação AB e AE se faz necessária para que a utilização dos serviços seja resolutive, 37 (56,06%) do total de municípios estudados relataram que realizavam ações conjuntas e assim, este grupo cumpriu melhor a meta. Estas ações podem ser a definição de protocolos, formas de acesso ao CEO, fluxogramas, pactuação dos procedimentos realizados em cada nível, quantidade de vagas, dentre outros. O monitoramento e análise das metas no CEO e o matriciamento com a AB também são fatores importantes para organizações dos serviços, quando estes fatores são realizados há um maior cumprimento de meta nos municípios (GOES *et al.*, 2012; MACHADO, SILVA E FERREIRA, 2015). Estes achados apontam a necessidade da garantia desse processo contínuo de autoavaliação para melhoria da qualidade destes serviços.

A organização dos serviços de saúde depende de uma rede regionalizada e hierarquizada para garantir a integralidade do atendimento e as ações de saúde (PAIVA *et al.*, 2018). Neste sentido, o papel do gestor se faz necessário nos serviços, devendo este saber articular questões relacionadas diretamente a sua função; as relações interpessoais que envolvem a gestão de recursos humanos e saber tratar de assuntos pessoais que podem interferir nas suas atividades e da equipe (SILVA E ROQUETE, 2013). O estudo em tela aponta a importância do gerente no CEO, muitas vezes atuando exclusivamente como gerente. Dos 66 respondentes, 54 municípios possuíam gestor, e observou-se que quando existia o profissional há maior cumprimento de meta. Sendo assim, quando há a presença do gestor nos serviços, há uma maior organização e fluidez do processo de trabalho.

Outro fator relevante se refere à formação destes profissionais, apenas 11 apresentaram formação em saúde coletiva e 2 em gestão pública. Os demais 53 tinham outro tipo de formação ou nenhuma. Estes achados corroboram com estudo de Lorenzetti *et al.* (2014), que mostra que mais de 70% dos profissionais que ocupam posição de gestores não têm formação ou fizeram alguma capacitação para tal cargo. Além disso, a competência do gestor está diretamente relacionada com a formação, pois esta influencia no modo de operacionalização das estratégias e na dinâmica das equipes dos serviços de saúde (SILVA E ROQUETE, 2013). Observa-se que algumas dificuldades encontradas nos municípios para cumprimento de metas, podem estar relacionadas a gestão, pois muitos profissionais possuem cargo comissionado, sofrendo mudanças constantemente, o que não garante a continuidade das ações.

Embora achados muito valiosos tenham sido revelados no presente estudo, considera-se como limitação do mesmo a utilização de dados secundários não sendo possível garantir os mecanismos de coleta destes. Quanto aos sistemas de informação, é possível considerar uma possível sub ou supernotificação dos dados fornecidos. Destaca-se também, que cada município tem suas particularidades, e que as dificuldades encontradas são diferentes para o cumprimento das metas.

A utilização dos parâmetros propostos na portaria Nº 1.631 de 1 de outubro de 2015, Ações básicas em Odontologia e Ações especializadas em Odontologia para a população geral, também traz limitações, pois são parâmetros distantes da realidade e singularidade de cada município, em que as características demográficas, o subfinanciamento e oferta dos serviços dependem de uma esfera maior que a municipal para ser resolutivo.

Ressalta-se também, como limitação, o tamanho da amostra do estudo $n=73$ municípios, bem como a não inclusão do ano de 2020 devido à pandemia do COVID-19. Entretanto, a abordagem utilizada é de extrema importância para compreensão dos fatores municipais que interferem na utilização dos serviços e conseqüente cumprimento de metas.

CONCLUSÃO

As desigualdades na oferta e utilização de serviços odontológicos persistem como um desafio a ser superado. Isso tem sido relacionado a diversos fatores tais como os ora detectados, a saber, características demográficas, de financiamento, e de cobertura, gestão e acesso a tais serviços. Somam a isso as inúmeras dificuldades a tais desigualdades, em particular aquelas que impactam diretamente no alcance das metas propostas nas políticas de saúde bucal em tela no Brasil. Percebeu-se, por exemplo, que os gastos com saúde por habitante ainda são pouco

expressivos na Bahia o que pode interferir no cumprimento de metas. Além disso, notou-se que municípios que investiram mais em saúde e tiveram maior participação das transferências intergovernamentais na receita total, obtiveram melhores resultados quanto ao cumprimento de meta.

Na organização dos serviços, reafirma-se a importância do aumento de cobertura de saúde bucal na AB, pois se associa a uma maior utilização dos serviços especializados, garantindo a integralidade do cuidado. Isso porque os presentes achados reafirmam o impacto da baixa cobertura de saúde bucal contribuindo no não cumprimento de 50% da meta nos municípios.

Da mesma forma, corrobora-se que a presença do gerente contribui para garantir a integralidade das ações e dinâmica dos serviços. A formação do gestor se faz necessária para garantir uma maior competência na gestão do serviço, pois na maioria dos achados do estudo estes possuem formação em outras áreas que não são em saúde coletiva ou gestão pública.

Por fim, a escassez de estudos relacionados à temática sugere a necessidade de mais pesquisas na área para que seja possível compreender a integralidade das ações nos serviços de saúde dos municípios, bem como os fatores relacionados à utilização e cumprimento de meta dos mesmos.

REFERÊNCIAS

ALY, C. M. C. *et al.* O Sistema Único de Saúde em série histórica de indicadores: uma perspectiva nacional para ação. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 500-512, abr-jun. 2017.

ARAGÃO, N. S. C.; AMORIM, M. M.; CONCEIÇÃO S. S. Financiamento da Política Nacional de Saúde Bucal: um estudo comparativo entre dois municípios da Bahia. **Revista Brasileira De Saúde Funcional**, n. 9, v.1, p.17, 2019.

BAHIA. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais as Bahia. **SEI analisa dados do IBGE sobre Indicadores Sociais na Bahia**. Disponível em https://www.sei.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2579:sei-analisa-dados-da-pnad-continua-sobre-indicadores-sociais-na-bahia&catid=10&Itemid=565. Acesso em: 20 fev 2021.

BALDANI, M. H. *et al.* Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, p. 145-162, set. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica, nº 17. Saúde Bucal**. Brasília-DF, 2008.

BRASIL. Constituição (2012). **Lei nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta O § 30 do Art. 198 da Constituição Federal Para Dispor Sobre Os Valores Mínimos A Serem Aplicados Anualmente Pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em Ações e Serviços Públicos de Saúde; Estabelece Os Critérios de Rateio dos Recursos de Transferências Para A Saúde e As Normas de Fiscalização, Avaliação e Controle das Despesas Com Saúde nas 3 (Três) Esferas de Governo; Revoga Dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de Setembro de 1990, e 8.689, de 27 de Julho de 1993; e Dá Outras Providências. Brasília, 13 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. **Portaria n.1.631, de outubro de 2015**.

BRASIL, Comissão Intergestores Bipartite da Bahia. Aprova critérios para habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e define fluxo de credenciamento destes serviços no Estado da Bahia. **RESOLUÇÃO CIB Nº 503/2013**, 12 de novembro de 2013.

BRASIL. Perfil Socioeconômico da Bahia. **Banco do Nordeste do Brasil**. Fortaleza, 2015.

BARROS, S. G. *et al.* Impacto da implantação das equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família em dois municípios do estado da Bahia. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 6, n. 2, p.37-42, 6 jan. 2017.

CELESTE, R. K. *et al.* Análise da produção ambulatorial em municípios com e sem centros de especialidades odontológicas no Brasil em 2010. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 511-521, mar. 2014.

CFM. Conselho Federal de Medicina (Brasil). **Brasil gasta R\$ 3,83 ao dia com a saúde de cada habitante. 2020**. Disponível em <https://portal.cfm.org.br/noticias/brasil-gasta-r-383-ao-dia-com-a-saude-de-cada-habitante-2/> Acesso em: 20 fev 2021.

CFM. Conselho Federal de Medicina (Brasil). **Salvador gasta R\$ 245 por habitante na saúde, diz CFM. Metro1. 2019**. Disponível em: <https://www.metro1.com.br/noticias/saude/67524,salvador-gasta-r-245-por-habitante-na-saude-diz-cfm>. Acesso em: 15 dez. 2020.

CHAVES, S. C. L. et al. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n.1, p.143-154, jan. 2011.

CORRÊA, G. T.; CELESTE, R. K. Associação entre a cobertura de equipes de saúde bucal na saúde da família e o aumento na produção ambulatorial dos municípios brasileiros, 1999 e 2011. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 12, p. 2588-2598, dez. 2015.

FERNANDES, J. K. B. *et al.* Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró- equidade?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, 2016.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 259-67, 2009.

GOES, P. S. A. *et al.* Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 81-89, 2012.

GALVÃO, M. H. R.; RONCALLI, A. G. Desempenho dos municípios brasileiros quanto à oferta de serviços especializados em saúde bucal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 30-40, 2021.

GONÇALVES, J. R. S. N. *et al.* Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas da 2ª Regional de Saúde do Paraná. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p.432-438, 14 nov. 2018.

IBGE. **Cidades e Estados, 2010**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba.html>. Acesso em: 15 nov. 2020.

KORNIS, G. E. M.; MAIA, L. S.; FORTUNA, R. F. P. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 197-215, 2011

LORENZETTI, J. *et al.* Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto Contexto Enferm**, v.23, n.2, p. 417-25, 2014.

MACHADO, F. C. A.; SILVA, J. V.; FERREIRA, M. A. F. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.4, p.1149- 1163, 2015.

MATTOS, G. C. M. *et al.* A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p.373-382, fev. 2014.

NETO, J. A. S. *et al.* Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1269-1280, abr. 2017.

NEVES, M.; GIORDANI, J. M. A.; HUGO, F. N. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1809-1820, maio, 2019.

PAIVA, R. A. *et al.* O papel do gestor de serviços de saúde: revisão de literatura. *Rev Med, Minas Gerais*, n.28, 2018.

PEREIRA, C. R. S. *et al.* Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p.449-462, mar. 2012.

PEREIRA, J. S. **A humanização na atuação no Programa de Saúde da Família – PSF**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Trabalho de conclusão de curso. Araçuaí, 2013.

PIMENTEL, F. C. *et al.* Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n., p.146-157, 2012.

ROCHA, R. A. C. P.; GOES, P. S. A. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 12, p.2871-2880, dez. 2008.

ROSSI, T. R. A. *et al.* O financiamento federal da política de saúde bucal no Brasil entre 2003 e 2017. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 119, p. 826-836, out. 2018.

ROSSI, T. R. A. *et al.* Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4427-4436, dez. 2019.

SILVA, Y. C.; ROQUETE, F. F. Competências do gestor em serviços de saúde: análise da produção científica, no período de 2001 a 2011. **RAS**, v. 15, n. 58, jan-mar, 2013.

SIMÃO, J. B.; ORELLANO, V. I. F. Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil. **Estudos Econômicos (São Paulo)**, v. 45, n. 1, p. 33-63, mar. 2015.

WOLFFENBÜTTEL, A. O que é? - Índice de Gini. **IPEA**, Edição 4, 01 nov. 2004. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2048:catid=28. Acesso em: 29 dez. 2020.

5.2 ARTIGO 2

Oferta de atenção básica e especializada em saúde bucal de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde e seu financiamento em municípios da Bahia com Centros de Especialidades Odontológicas, de 2013-2019.

Wynn Marie Lima de Carvalho¹

Thais Regis Aranha Rossi (orientadora)²

Julita Maria Freitas Coelho (coorientadora)³

¹ Mestranda em Saúde Coletiva. Universidade Estadual da Bahia.

² Doutora em Saúde Coletiva. Professora da Universidade do Estado da Bahia.

³ Doutora em Saúde Coletiva. Instituto Federal de Educação da Bahia.

RESUMO

Introdução: Com a Política Nacional de Saúde Bucal observou-se crescimento na oferta de serviços na atenção básica e especializada, entretanto os efeitos da austeridade fiscal e a crise econômica no Brasil vem refletindo nos indicadores sociais e oferta de serviços públicos. **Objetivo:** Analisar a oferta de atenção básica e especializada em saúde bucal em cenário de crise econômica e medidas de austeridade fiscal, de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde e seu financiamento em municípios da Bahia com Centros de Especialidades Odontológicas, no período de 2013-2019. **Método:** Trata-se de um estudo retrospectivo, do tipo série temporal, com abordagem quantitativa, utilizando dados secundários obtidos do Sistema de Informação Ambulatorial, da plataforma WEB e-Gestor Atenção Básica e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Foram analisados os anos de 2013-2019 em 73 municípios da Bahia com equipe de saúde bucal implantada e com serviços especializados, através dos indicadores de utilização propostos para saúde bucal na Portaria nº 1.631, de 01 de outubro de 2015. Foi realizada a análise descritiva e utilizada a regressão linear generalizada para estimar a tendência dos indicadores, a partir do método de Prais-Winsten. **Resultados:** A análise mostrou tendência decrescente para ações básicas, 1ª consulta e percentual de cumprimento de meta AB e crescente para despesa total com Saúde por habitante, sob a responsabilidade do município, em R\$/hab. **Conclusão:** Verificou-se que o desfinanciamento ao longo dos anos impactou diretamente na redução de oferta de procedimentos em saúde bucal com aumento dos gastos per capita com saúde.

Palavras-chave: saúde bucal; serviços de saúde; financiamento da saúde.

ABSTRACT

Introduction: With the National Oral Health Policy there has been an increase in the supply of services in primary and specialized care, however, the effects of fiscal austerity and the

economic crisis in Brazil have reflected on social indicators and the supply of public services. Objective: To analyze the temporal trend of the supply of basic and specialized oral health care according to the parameters of the Ministry of Health and its funding in municipalities of Bahia with Dental Specialty Centers in the period 2013-2019. Method: This is a retrospective study, of the time series type, with a quantitative approach, using secondary data obtained from the Outpatient Information System, the WEB e-Gestor Basic Care platform, and the Information System on Public Health Budgets. The years 2013-2019 were analyzed in 73 municipalities of Bahia with implemented oral health team and with specialized services, through the utilization indicators proposed for oral health in Ordinance No. 1,631, October 1, 2015. Descriptive analysis was performed and generalized linear regression was used to estimate the trend of the indicators, from the Prais-Winsten method. Results: The analysis showed a decreasing trend for basic actions, 1st consultation and percentage of AB goal fulfillment and increasing trend for total health expenditure per inhabitant, under the responsibility of the municipality, in R\$/hab. Conclusion: It was verified that de-funding over the years directly impacted the reduction in the supply of oral health procedures and increased per capita spending on health.

Keywords: oral health; health services; health financing.

INTRODUÇÃO

A implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Programa Brasil Sorridente, em 2004, garantiu ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal (SB) e ampliação do acesso à atenção especializada através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Observou-se crescimento na oferta de serviços na atenção básica (AB) e especializada (AE) e assim, redução da prevalência dos principais agravos em saúde bucal no país (BRASIL, 2004, THOMAZ, *et al.*, 2016).

Houve também ampliação do financiamento nos serviços de saúde bucal em 2005, com reajuste de 20% no valor do incentivo de implantação repassado para as equipes de saúde bucal (ESB). Analisando os demais anos, os recursos federais para estados e municípios passaram de R\$ 83,4 milhões em 2003 para R\$ 916 milhões em 2014. Com relação à cobertura populacional, no ano de 2003 ainda era incipiente com 617 ESB, chegando em 2017 com 25.905 ESB

presentes em 5.029 municípios, representando 36,7% de cobertura populacional potencial (CHAVES *et al.*, 2017, CHAVES *et al.*, 2018).

Embora a saúde bucal tenha apresentado crescimento no cenário nacional nestes anos, estudos mostram redução nos recursos financeiros e mudanças nos repasses intergovernamentais devido aos ajustes econômicos realizados pelo governo federal após 2016 e que tais entraves vêm provocando diminuição na ampliação da oferta de serviços (CHAVES *et al.*, 2018; ROSSI, *et al.*, 2019; SOBRINHO *et al.*, 2020).

Tem havido, ao longo dos anos, avanços e retrocessos na PNSB. Chaves *et al.* (2018), relataram uma tendência de queda nos indicadores dos serviços odontológicos e também redução no financiamento. Além disso, apontaram um cenário político restritivo para a PNSB, expresso nas mudanças sucessivas na coordenação nacional da política e no próprio Ministério da Saúde (MS), que certamente influenciaram na perda de direcionamento da política no nível federal. Apesar das dificuldades encontradas, segundo Goes *et al.* (2012), é importante compreender como a PNSB vem se configurando nos serviços, o processo de avaliação destes, utilizando indicadores gerais de monitoramento do serviço e/ou do sistema, buscando gerar ações que garantam a melhoria da qualidade.

De uma forma geral, sabe-se que a efetividade dos serviços supracitados necessita constantemente de um processo de avaliação com objetivos e metas para contribuir nas decisões, no reordenamento das políticas, planejamento, programação e organização, levando em consideração todos os sujeitos envolvidos (TEIXEIRA, 2004; CAMPOS, 2007; SOBRINHO *et al.*, 2020).

Nos CEO analisados no Brasil, foi observada dificuldade no cumprimento das metas relativas à quantidade de procedimentos, com exceção das regiões Centro-oeste e Sudeste. Nos municípios de menor porte populacional e índice de desenvolvimento humano (IDH-M), piores desempenhos foram encontrados (GOES, *et al.*, 2012). No estado de Minas Gerais, os municípios que apresentam CEO possuem maior população e melhor IDH, mais ESB, porém menor cobertura potencial quando comparados aos que não possuem CEO. As metas de produção mínima são cumpridas por uma minoria de CEO (LINO *et al.*, 2014).

Estudos sobre os CEO, em sua maioria, analisam os fatores associados às características municipais e do serviço para o cumprimento de meta global e assim, avaliar seu desempenho. Estes estudos mostram como está se organizando as práticas e refletem ações para melhorar a oferta dos serviços (GOES *et al.*, 2012; MOURA, TOVO E CELESTE, 2017; CORREIRA E PESSOA, 2019; JÚNIOR, FLÓRIO E ZANIN, 2020). No âmbito da atenção básica (AB), alguns estudos avaliam os indicadores de saúde bucal e cobertura pelas ESB ao longo dos anos,

mostrando a necessidade da melhoria da organização dos serviços para práticas de promoção da saúde e prevenção das doenças (ARAÚJO E MACHADO, 2018; PINTO *et al.*, 2020).

Em relação ao financiamento da saúde bucal, estudos apontam discreto aumento entre 2015 e 2016, com redução no ano de 2017 para o componente da AB, mesmo este representando o maior montante de repasses. Foi observado um aumento da participação percentual do financiamento da AE, especialmente a partir de 2013. Considerando o percentual da AB, AE e investimentos, houve redução do componente AB, aumento do especializado e aumento nos investimentos. Entretanto houve discreta ampliação na implantação das ESB na AB em 2017, sendo o ano de 2016 o único que encerrou com redução do número de ESB na ESF (CHAVES *et al.*, 2018; ROSSI, *et al.*, 2018).

Os efeitos da austeridade fiscal no Brasil refletem nos indicadores sociais e oferta de serviços públicos. A crise econômica brasileira agravada a partir de 2014 teve como efeito a queda de arrecadação em todas as esferas do governo. O financiamento da saúde bucal, apresentou tendência crescente de 2003 a 2010 e estável de 2011 a 2018. A oferta de serviços na AB foi crescente no primeiro período e teve queda nos próximos anos, bem como na AE com redução extrema na conclusão de tratamentos endodônticos e procedimentos cirúrgicos periodontais (SANTOS E VIEIRA, 2018; ROSSI *et al.*, 2019).

Desse modo, há uma necessidade de estudos que explorem as características municipais, bem como vem se comportando o financiamento nos diferentes níveis de atenção e como a austeridade fiscal reflete na oferta destes serviços, a fim de garantir a integralidade do cuidado. Aponta-se como lacuna escassez de estudos sobre a oferta de procedimentos de saúde bucal em cenário de crise econômica e austeridade fiscal.

Neste contexto, sabendo da importância do monitoramento dos serviços e da utilização de metas e indicadores como ferramentas indispensáveis na avaliação das ações e serviços de saúde bucal, o presente artigo teve como objetivo analisar a oferta de atenção básica e especializada em saúde bucal em cenário de crise econômica e medidas de austeridade fiscal, de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde e seu financiamento em municípios da Bahia com Centros de Especialidades Odontológicas, no período de 2013-2019.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, do tipo série temporal, com abordagem quantitativa, considerando o período de crise econômica de 2014-2016, já consensuada em estudos na área econômica, para analisar a oferta de atenção básica e especializada em saúde

bucal de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde e seu financiamento em municípios da Bahia, no período de 2013-2019.

Os dados secundários foram obtidos da plataforma WEB e-Gestor Atenção Básica (AB), do sistema de informação ambulatorial SIA/SUS e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

A Bahia, estado da região Nordeste, possui uma população estimada de 14.873.064 (2019), apresentando Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M) médio - 0,660, sendo o IDH-M do Brasil 0,699 (IBGE, 2010). Representa o maior estado da região com grande quantidade de ESB e CEO. Foram analisados os dois últimos períodos de governo municipal, 2013-2016 e 2017-2019. No que se refere ao ano de 2020, seriam analisados apenas os meses do primeiro trimestre, mas por conta da pandemia do novo coronavírus-Sars-Cov-2 (Covid-19), este ano foi desconsiderado.

Para a realização deste estudo, foram considerados 73 municípios do estado da Bahia que possuem a estratégia de saúde da família com equipe de saúde bucal e CEO implementados (QUADRO 1). Na Bahia existem 80 CEO, com cobertura SB AB de 66,30% (Dados de nov. /2020, e-Gestor AB).

Quadro 1. Municípios eleitos para estudo segundo núcleo regional de saúde. Salvador, Bahia, 2021.

NÚCLEO REGIONAL DE SAÚDE	MUNICÍPIOS
Centro Leste	Boa Vista do Tupim, Conceição do Coité, Feira de Santana, Iaçú, Ipirá, Iraquara, Itaberaba, Itaeté, Pintadas, Ruy Barbosa, Santo Estevão, Utinga
Centro Norte	Capim Grosso, Irecê, Jacobina, Mairi, Morro do Chapéu
Extremo Sul	Alcobaça, Eunápolis, Itabela, Itamaraju, Itanhém, Medeiros Neto, Nova Viçosa, Porto Seguro, Prado, Teixeira de Freitas
Leste	Cachoeira, Camaçari, Candeias, Dias D'Avila, Governador Mangueira, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Mata de São João, Pojuca, Salvador, Santo Antônio de Jesus, São Felix, São Sebastião do Passé, Vera Cruz
Nordeste	Alagoinhas, Catu
Norte	Juazeiro, Paulo Afonso, Senhor do Bonfim

Oeste	Bom Jesus da Lapa, Canápolis, Correntina, Ibotirama, Luís Eduardo Magalhães, Santa Maria da Vitória, Santa Rita de Cássia, São Desidério, São Felix do Coribe
Sudoeste	Brumado, Caculé, Cândido Sales, Guanambi, Igaporã, Itapetinga, Livramento de Nossa Senhora, Nova Canaã, Vitória da Conquista
Sul	Ilhéus, Ipiauí, Itabuna, Itajuípe, Jaguaquara, Jequié, Una, Wenceslau Guimarães

Fonte: Elaboração própria.

Para análise do estudo foram considerados dois indicadores de utilização propostos para Saúde Bucal na Portaria Nº 1.631 de 1 de outubro de 2015, Ações básicas em Odontologia e Ações especializadas em Odontologia para a população geral. Estes indicadores permitem compreender como vem se configurando a relação entre atenção básica e atenção especializada dos municípios e a oferta dos serviços odontológicos (BRASIL, 2015) (APÊNDICE). Esta portaria aprovou critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

A análise estatística foi conduzida em duas etapas. Inicialmente, procedeu-se à descrição do tipo de CEO e das características demográficas (porte populacional, IDH-M, índice de Gini, salário médio mensal dos trabalhadores formais, rendimento nominal mensal per capita $\leq \frac{1}{2}$ salário mínimo, esgotamento sanitário adequado, urbanização de vias públicas e % da população em domicílios com banheiro e água encanada), com estimação de frequências absolutas e relativas.

Na segunda etapa, após a análise descritiva, foi utilizada a regressão linear generalizada para estimar a tendência dos indicadores, a partir do método de Prais-Winsten. Além disso, obteve-se a Variação Percentual Anual (do inglês *Annual Percent Change* - APC) e o respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%), para o período estudado. Como o período do presente estudo é de 7 anos, estimaram-se as tendências de 2013 a 2019, tendo em vista a limitação de análise de período com uma quantidade menor de observações pelo método de escolha. Considerou-se que a tendência foi considerada decrescente quando os coeficientes foram negativos, crescente quando positivos, e estável quando os coeficientes da regressão não foram significativamente diferentes de zero ($p > 0,05$).

Essa pesquisa foi realizada unicamente com dados secundários, de domínio público, o que dispensou análise ética prévia do seu protocolo.

RESULTADOS

No Estado da Bahia existiam 80 CEO no ano de 2019, destes 43,83% eram do tipo I, 49,31% do tipo II e 6,86% tipo III. Segundo o porte populacional dos 73 municípios estudados, 58,90% são de pequeno porte, 21,92% médio e 19,18% de grande porte. Municípios com IDH-M menor ou igual a 0,637 representaram 47,94 % e maior IDH-M 52,06%. O Índice de Gini registrou 53,43% para municípios com índice maior que 0,55 e 46,57% para menor ou igual a 0,55. O salário médio mensal dos trabalhadores formais foi mais expressivo quando foi menor ou igual a 1,8, com 50,68%. O rendimento nominal foi maior (53,43%) quando superior a 46,2. Destes municípios, 50,68% tinham esgotamento sanitário adequado se menor ou igual a 44,8 e urbanização de vias públicas com 91,78% quando foi menor ou igual a 33 (TABELA 1).

Tabela 1. Tipo de CEO e características demográficas* dos municípios do Estado da Bahia, 2013-2019 (n=73). Salvador, Bahia, 2021.

TIPO DE CEO E VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS	N	%
Tipo de CEO		
I	32	43,83
II	36	49,31
III	05	6,86
Porte Populacional		
Pequeno	43	58,90
Médio	16	21,92
Grande	14	19,18
IDH-M		
≤0,637	35	47,94
>0,637	38	52,06
Índice de Gini		
≤0,55	34	46,57
>0,55	39	53,43
Salário Médio Mensal dos Trabalhadores Formais		
≤1,8	37	50,68
>1,8	36	49,32
Rendimento nominal mensal per capita ≤ ½ salário mínimo		
≤46,2	34	46,57
>46,2	39	53,43
Esgotamento sanitário adequado		
≤44,8	37	50,68
>44,8	36	49,32
Urbanização de vias públicas		
≤33	67	91,78

>33	06	8,22
-----	----	------

*Ano de referência dos dados analisados: 2010 (IBGE).
 Fonte: Elaboração própria baseado no site do IBGE (www.ibge.com.br).

No período de 2013-2019, a análise de tendência do financiamento mostrou crescimento para a despesa total com saúde por habitante com taxa anual de 7,52%. A participação das transferências para a saúde (SUS) e a participação da despesa com investimentos na despesa total apresentaram tendência decrescente e os demais indicadores se mostraram estáveis (TABELA 2).

Tabela 2. Análise de tendência de indicadores de financiamento da atenção à saúde bucal no Estado da Bahia, 2013-2019 (n=73), Bahia, 2021.

Financiamento	2013-2019	APC	IC 95%	p	Tendência
Participação da receita de impostos na receita total do município		-0,76	-4,94-3,61	0,72	Estável
Participação das transferências intergovernamentais na receita total do município		0,57	0,04-1,11	0,068	Estável
Participação das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o município		-1,91	-3,15- -0,66	0,022	Decrescente
Despesa total com Saúde por habitante, sob a responsabilidade do município, em R\$/hab.		7,52	5,98-9,08	0,000	Crescente
Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde		-6,02	-8,98- -2,96	0,009	Decrescente
Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do município com saúde		0,63	-0,20- 1,48	0,166	Estável
Participação da receita própria aplicada em saúde conforme a LC141/2012 (mínimo de 15% para municípios)		0,51	-1,21-1,33	0,935	Estável

Fonte: Elaboração própria baseada no site do SIOPS
 (<http://siops.datasus.gov.br/relindicadoresmun2.php?escmun=3>).

A análise de tendência temporal, segundo a saúde bucal e cumprimento de meta da AB e AE, mostrou-se estável para cobertura de SB, atendimentos odontológicos, ações especializadas e percentual de cumprimento de meta AE. No que se refere, a ações básicas, 1ª consulta odontológica e percentual de cumprimento de meta AB, a tendência foi decrescente, com maior taxa anual de -34,42% para 1ª consulta odontológica (TABELA 3).

Tabela 3. Análise de tendência de indicadores de saúde bucal e percentual de cumprimento de meta de atenção básica e atenção especializada, 2013-2019 (n=73), Bahia, 2021.

Indicadores	2013-2019	APC	IC 95%	p	Tendência
Cobertura de Saúde Bucal		1,39	-3,29-6,31	0,56	Estável
Atendimentos odontológicos		-0,64	-2,37-1,12	0,47	Estável
Ações básicas		-22,30	-22,56- -16,66	0,001	Decrescente
1ª consulta odontológica		-31,42	-36,67- -25,73	0,000	Decrescente
Percentual de cumprimento de meta AB		-15,82	-18,43- -13,12	0,000	Decrescente
Ações especializadas		3,32	-0,11-6,86	0,092	Estável
Percentual de cumprimento de meta AE		1,60	-9,77-14,40	0,79	Estável

Fonte: Elaboração própria baseada no 1º ciclo do PMAQ-CEO e site do e-Gestor AB (<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>)

DISCUSSÃO

A análise da tendência temporal da oferta de atenção básica e especializada em saúde bucal e o financiamento em municípios da Bahia com CEO, no período de 2013-2019, mostrou que houve redução de procedimentos na SB com o desfinanciamento da saúde, entretanto revelou aumento do gasto per capita com saúde nos municípios.

No que se refere ao financiamento, a crise econômica e política presente no Brasil desde 2014, com queda do PIB, aumento das taxas de desemprego e diminuição da renda per capita, aliada a um cenário de austeridade com limitações orçamentárias com a publicação da EC 95 e desonerações fiscais têm trazido consequências nos indicadores de saúde no Brasil, no tocante a esse estudo, àqueles relativos à saúde bucal (PROBST *et al.*, 2019).

Segundo Menezes, Moretti e Reis (2019), entre 2003 e 2017, as despesas federais de saúde passaram de 58% para 43% das despesas públicas totais. Dessa forma, os estados e os municípios gastam cada vez mais com saúde, sendo mantida a EC 95 eles deverão ser responsáveis por 70% dos gastos públicos até 2036.

Analisar o financiamento e o gasto do SUS é uma forma de demonstrar a real situação do financiamento público na “menor” esfera, a municipal, que é onde as coisas acontecem, e onde a população realmente sente a dificuldade de acessar os serviços públicos de saúde e, assim, expor as dificuldades, as diferenças e os modelos adotados, propondo soluções que possam contribuir para a consolidação do SUS (NETO *et al.*, 2017).

Segundo Rossi *et al.* (2019), os repasses financeiros realizados pela União a estados e municípios no período de 2003 a 2018 apresentaram um crescimento até 2013, manutenção de 2013 a 2016 e redução a partir de 2017 com grande queda em 2018. Tal redução também foi observada na presente investigação, vez que o decréscimo nos indicadores de participação das transferências para a saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o município e da participação da despesa com investimentos na despesa total com saúde ao longo do período analisado. Fato este que corrobora com os achados de Rossi *et al.* (2019), isto porque, a redução dos repasses ao longo do período foi marcante.

A análise de sete municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes apontou importantes diferenças na receita disponível per capita e do gasto per capita em saúde realizado pelos municípios da região. Estas diferenças mostram que além da insuficiência, há má distribuição dos recursos disponíveis. Há necessidade de uma receita mais uniforme entre os municípios e não apenas nos que possuem alta capacidade de arrecadação de recursos. No período de 2009-2012 houve aumento de gastos per capita em todos os municípios (NETO *et al.*, 2017). O estudo também mostra a tendência crescente no indicador despesa total com Saúde por habitante, sob a responsabilidade do município, em R\$/hab. ao longo dos anos, o que pode estar relacionado com o desfinanciamento da saúde.

Estudos apontam redução entre 2014 e 2017 para o componente da AB passando de R\$ 22.865 milhões para R\$ 21.797 milhões respectivamente, mesmo este representando o maior montante de repasses. Entretanto houve discreta ampliação na implantação das ESB na AB em 2017, sendo o ano de 2016 o único que encerrou com redução do número de ESB na ESF (CHAVES *et al.*, 2018; MENDES, CARNUT E GUERRA, 2018; ROSSI, *et al.*, 2018). Foi observado um aumento da participação percentual do financiamento da AE, especialmente a partir de 2013, no presente estudo ações especializadas se manteve estável.

A avaliação de indicadores é necessária para elaboração das ações e serviços de saúde bucal nos municípios, mesmo com falhas na obtenção desses indicadores, estes apresentam uma ideia próxima às realidades locais para conduzir ações futuras e um efetivo planejamento em saúde bucal (FERNANDES *et al.*, 2016; SILVA, GRAZIANI E DITTERICH, 2020).

As condições socioeconômicas e de desenvolvimento podem ser decisivas para a identificação dos municípios com melhores e piores indicadores de saúde. Melhoras na condição de saúde (indicadores) estão relacionadas com uma diminuição das iniquidades sociais e de desenvolvimento. As condições socioeconômicas são favoráveis em municípios com alta cobertura de primeira consulta odontológica. No entanto, estudos apontam que municípios com menor cobertura da ESF apresentaram maior cobertura de primeira consulta

odontológica. Sabe-se que o porte populacional, o IDH, dentre outros fatores podem influenciar na cobertura, na utilização e no desempenho dos serviços. (CAMPOS, *et al.* 2011; NEVES, GIORDANI E HUGO, 2019).

Outro ponto relevante foi destacado por Thomaz *et al.* (2016), em sua avaliação acerca do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, Brasil, acerca da importância de mais estudos de avaliação dos serviços na área da SB, pois há maior ênfase na atenção básica se comparada a especializada. Ademais traz que a avaliação e o monitoramento das ações e serviços ofertados nos CEO constituem importantes instrumentos de gestão e planejamento para os municípios.

Pucca *et al.* (2020) relatam que a ampliação das equipes de saúde bucal na AB e a implantação de CEO e LRPD, na AE, constituem estratégias relevantes com vista à integralidade da atenção. Foi observado em seu estudo que o crescimento dos procedimentos da AB desacelera a partir de 2013 e especialmente em 2015, há um decréscimo de 4% comparado à 2001. Corroborando com os achados do estudo, em que ações básicas, 1ª consulta odontológica e percentual de cumprimento de meta AB mostraram tendência decrescente.

O estudo de Rossi *et al.* (2019), também mostrou que entre os anos de 2011 e 2018, a cobertura de primeira consulta odontológica, o número absoluto de 1ª consulta e o número de tratamentos endodônticos apresentaram decréscimo, refletindo na dificuldade de acesso ao cirurgia-dentista na AB e sua referência para AE.

Autores trazem projeções de cenários para o Brasil nos próximos 30 anos, no primeiro cenário estima-se uma crescente quantidade de ESB e aumento dos gastos. No segundo cenário realista provável haverá manutenção no percentual de cobertura da ESB, porém com aumento para custeio das equipes. O último cenário plausível refere-se à diminuição da população coberta pelas ESB, devido às mudanças da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), desobrigando gestores estaduais e municipais de desenvolverem ações de saúde bucal (NARVAI, 2017; SOBRINHO *et al.*, 2020).

Destaca-se que a nova PNAB, faz parte de todo processo de retrocessos que vem acontecendo com o SUS, iniciando com a EC 95 que reduz os recursos do SUS por 20 anos e com a desregulamentação dos recursos federais com o fim dos blocos de financiamento do SUS (NARVAI, 2017).

Há que se considerar, a corroboração dos achados do presente estudo com o cenário plausível de Sobrinho *et al.* (2020), em que ações básicas, 1ª consulta odontológica e percentual de cumprimento de meta AB apresentaram tendência decrescente ao longo do período, o que pode refletir na diminuição da população coberta pelas ESB. Nota-se também que os achados

relatados por Narvai (2017), sobre realocação dos recursos federais, podem justificar a tendência crescente dos gastos com saúde por habitante, sob a responsabilidade dos municípios.

Por fim, estudos com a utilização de dados secundários devem ser considerados à luz das suas limitações, devido à impossibilidade de garantia de qualidade e suficiência nos mecanismos da sua coleta e/ou registros. Entretanto, o uso de indicadores para avaliar a gestão, o cuidado em saúde e o desempenho dos serviços da AB e AE é de grande relevância para o planejamento e reformulação das práticas de saúde.

CONCLUSÃO

Os efeitos da austeridade fiscal no Brasil refletem nos indicadores sociais e oferta de serviços públicos. Verificou-se que o desfinanciamento ao longo dos anos impactou na redução de oferta de procedimentos em saúde bucal, entretanto os gastos per capita com saúde aumentaram. Sabe-se que o financiamento reflete as prioridades do Estado e mesmo com o subfinanciamento existente no SUS, há uma disputa sobre o destino destes recursos, há quem defenda seu uso no setor público e outros no setor privado e nesse meio a saúde bucal é parte mais vulnerável.

Diante disso, esforços são necessários no sentido de fortalecer a PNSB e ampliar o financiamento em saúde bucal, garantindo uma saúde universal, especialmente para a população mais vulnerável. A nova PNAB e a nova forma de repasses, juntamente com os reflexos da pandemia do COVID-19, podem refletir em dificuldades de acesso, iniquidades e agravamento da situação de saúde bucal nos municípios. Ressalta-se a necessidade de realização de pesquisas subsequentes sobre oferta de procedimentos de saúde bucal em cenário de crise econômica e austeridade fiscal.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, I. D. T.; MACHADO, F. C. A. Evolução temporal de indicadores de saúde bucal em municípios do Rio Grande do Norte. **Revista Ciência Plural**, v. 4, n. 2, p. 73-86, 13 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.1.631, de outubro de 2015**. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Brasília, 2015.

BRASIL. **Emenda Constitucional Nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017.

CAMPOS, G. W. S. Há pedras no caminho do SUS! **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 002, p. 298-299, mar-abril. 2007.

CAMPOS, A. C. V. *et al.* Social and health indicators as a measure of access to primary healthcare in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4349-4355, nov. 2011.

CHAVES, S. C. L. *et al.* Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1791-1803, jun. 2017.

CHAVES, S. C. L. *et al.* Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 2, p. 76-91, out. 2018.

CORREIA, T. R. G. S.; PESSOA, D. M. V. Avaliação do desempenho dos centros de especialidades odontológicas do Seridó Potiguar no período de 2012 A 2017. **Revista Ciência Plural**, v. 5, n. 3, p. 54-71, 12 nov. 2019.

FERNANDES, J. K. B. *et al.* Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, 2016.

GOES, P. S. A. *et al.* Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 81-89, 2012.

JÚNIOR, L. M. S.; FLÓRIO, F. M.; ZANIN, L. Avaliação do cumprimento de metas da atenção secundária em saúde bucal no estado de Sergipe. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 8, n. 4, p. 913, 7 out. 2020.

LINO, P. A. *et al.* Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 9, p. 3879-3888, set. 2014.

MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, p. 224-243, set. 2018.

MENEZES, A. P. R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública : austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 5, p. 58-70, 2019.

MOURA, F. R. R.; TOVO, M. F.; CELESTE, R. K. Cumprimento de metas dos Centros de Especialidades Odontológicas da Região Sul do Brasil. **Revista de Salud Pública**, v. 19, n. 1, p. 86-93, 1 jan. 2017.

NARVAI, P. C. O fim do Brasil Sorridente? **JornalOdonto**, 238; 2017. Disponível eletronicamente em: <https://www.jornaldosite.com.br/materias/artigos&cronicas/anteriores/paulo%20capel/artcapel238.htm>.

NEVES, M.; GIORDANI, J. M. A.; HUGO, F. N. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1809-1820, maio, 2019.

NETO, J. A. S. *et al.* Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1269-1280, abr. 2017.

PINTO, L. L. *et al.* Análise dos indicadores de saúde bucal na Região Metropolitana de Curitiba-PR: avanços e retrocessos entre 2015-2017. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 8, n. 4, p. 890, 6 set. 2020.

PROBST, L. F. *et al.* Impacto das crises financeiras sobre os indicadores de saúde bucal: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4437-4448, dez. 2019.

PUCCA, G. A. J.; *et al.* Acesso e cobertura populacional à saúde bucal após a implementação da política nacional de saúde bucal “brasil sorridente”. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, 3 jul. 2020.

ROSSI, T. R. A. *et al.* O financiamento federal da política de saúde bucal no Brasil entre 2003 e 2017. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 119, p. 826-836, out. 2018.

ROSSI, T. R. A. *et al.* Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4427-4436, dez. 2019.

SANTOS, I. S., VIEIRA, F. S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**; v.23, n.7, p.2303-2314, 2018.

SILVA, R. O. C.; GRAZIANI, G. F.; DITTERICH, R. G. Avanços e retrocessos no estabelecimento de indicadores de saúde bucal 2007 a 2019 no Brasil. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v.14, n.1, p. 65-75, mar, 2020.

SOBRINHO, J. E. L. *et al.* Qual será a oferta de serviços de saúde bucal e estimativa de repasses para a atenção básica nos próximos 30 anos? Um estudo de prospecção. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 14, n. 1, p. 89-102, mar. 2020.

TEIXEIRA, C. F. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 37-46, abr. 2004.

THOMAZ, E. B. A. F. *et al.* Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 4, p. 807-818, out. 2016.

5.3 PRODUTO TÉCNICO

5.3.1 Nome do Produto Técnico

Relatório consubstanciado da pesquisa para Área Técnica de Saúde Bucal da Bahia.

5.3.2 Apresentação e Justificativa

O relatório técnico é o produto final dos achados da pesquisa, a fim de descrever como vem se configurando as práticas de saúde bucal nos municípios da Bahia. A Bahia, estado da região Nordeste, possui uma população estimada de 14.930.634 (2020), apresentando Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M) médio - 0,660, sendo o IDH-M do Brasil 0,699 (IBGE, 2010). Representa o maior estado da região com grande quantidade de ESB e CEO. Foram analisados os dois últimos períodos de governo municipal, 2013-2016 e 2017-2019. No que se refere ao ano de 2020, seriam analisados apenas os meses do primeiro trimestre, mas por conta da pandemia do novo coronavírus-Sars-Cov-2 (Covid-19), este ano foi desconsiderado.

Foram considerados 73 municípios do estado da Bahia que possuem a estratégia de saúde da família com equipe de saúde bucal e CEO implementados (QUADRO 1). Na Bahia existem 80 CEO e 2.911 ESFSB, com cobertura SB AB de 66,30% (Dados de nov. /2020, e-Gestor AB).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), Programa Brasil Sorridente, tem como objetivo garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal (SB) dos brasileiros. Após sua implementação observou-se crescimento na oferta de serviços na atenção básica (AB) e especializada (AE) e assim, redução da prevalência dos principais agravos em saúde bucal no país (BRASIL, 2004, CHAVES *et al.*, 2011; THOMAZ, *et al.*, 2016).

O processo de descentralização e ampliação da saúde bucal, a partir da incorporação do ESB nas ESF aponta para a necessidade de investigação das práticas adotadas nas ESB nos diferentes municípios (BARROS *et al.*, 2017). Nesse sentido, é importante entender as características demográficas, os indicadores do sistema de saúde dos municípios brasileiros,

equipamentos, insumos e características do processo de trabalho, sob a ótica conceitual da integralidade, pois mesmo com mais de 10 anos da ESB na ESF os achados ainda são insatisfatórios (NEVES, GIORDANI E HUGO, 2019).

Apesar dos avanços com a PNSB e o crescimento dos serviços odontológicos, ainda há um subfinanciamento dos serviços de saúde. Ainda que os municípios recebam os recursos federais, estes não conseguem garantir a oferta dos serviços de saúde bucal, existem gastos adicionais com manutenção de equipamentos, instrumentais, insumos e materiais de consumo específicos que são de alto custo (KORNIS, MAIA E FORTUNA, 2011).

Desse modo, ressalta-se a importância da avaliação e monitoramento dos serviços de saúde para a gestão em SB. As diversas experiências municipais são fundamentais para promover mudanças nas práticas dos serviços e dos profissionais.

5.3.3 Objetivo

Analisar a produção de procedimentos odontológicos e o cumprimento de meta de utilização dos serviços odontológicos na AB e AE dos municípios com CEO do estado da Bahia, de 2013 a 2019.

5.3.4 Metodologia

O relatório técnico foi produzido a partir do estudo transversal exploratório e analítico, utilizando dados secundários obtidos da plataforma WEB e-Gestor Atenção Básica (AB) e do sistema de informação ambulatorial SIA/SUS, do 1º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades odontológicas (PMAQ-CEO) e do site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os procedimentos odontológicos foram coletados do DATASUS- SIA/SUS (2020). Para oferta dos serviços os dados foram coletados do e-Gestor AB (coberturas SB) e do 1º ciclo do PMAQ-CEO (tipo de CEO).

Quadro 1. Municípios eleitos para estudo segundo núcleo regional de saúde. Salvador, Bahia, 2021.

NÚCLEO REGIONAL DE SAÚDE	MUNICÍPIOS
Centro Leste	Boa Vista do Tupim, Conceição do Coité, Feira de Santana, Iaçú, Ipirá, Iraquara, Itaberaba, Itaeté, Pintadas, Ruy Barbosa, Santo Estevão, Utinga

Centro Norte	Capim Grosso, Irecê, Jacobina, Mairi, Morro do Chapéu
Extremo Sul	Alcobaça, Eunápolis, Itabela, Itamaraju, Itanhém, Medeiros Neto, Nova Viçosa, Porto Seguro, Prado, Teixeira de Freitas
Leste	Cachoeira, Camaçari, Candeias, Dias D'Avila, Governador Mangueira, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Mata de São João, Pojuca, Salvador, Santo Antônio de Jesus, São Felix, São Sebastião do Passé, Vera Cruz
Nordeste	Alagoinhas, Catu
Norte	Juazeiro, Paulo Afonso, Senhor do Bonfim
Oeste	Bom Jesus da Lapa, Canápolis, Correntina, Ibotirama, Luís Eduardo Magalhães, Santa Maria da Vitória, Santa Rita de Cássia, São Desidério, São Felix do Coribe
Sudoeste	Brumado, Caculé, Cândido Sales, Guanambi, Igaporã, Itapetinga, Livramento de Nossa Senhora, Nova Canaã, Vitória da Conquista
Sul	Ilhéus, Ipiauí, Itabuna, Itajuípe, Jaguaquara, Jequié, Una, Wenceslau Guimarães

Fonte: Elaboração própria

Para análise do cumprimento de meta foram considerados dois indicadores de utilização propostos para Saúde Bucal na Portaria Nº 1.631 de 1 de outubro de 2015, Ações básicas em Odontologia e Ações especializadas em Odontologia para a população geral. Estes indicadores permitem compreender como vem se configurando a relação entre AB e AE dos municípios e a oferta dos serviços odontológicos (BRASIL, 2015) (APÊNDICE). Esta portaria aprovou critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

5.3.5 Resultados

As ações básicas nos municípios da Bahia representaram entre 2013 a 2017 crescimentos ou estabilidade nos procedimentos, nos dois últimos anos 2018-2019, observou-se uma queda significativa dos procedimentos na maioria dos municípios. Além disso, notou-se também alguns municípios sem registro de procedimentos no ano (TABELA 1).

Tabela 1. Ações básicas* dos municípios do Estado da Bahia, 2013-2019 (n=73). Salvador, Bahia, 2021.

Município	Ações Básicas						
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Alagoinhas	253.205	272.337	234.275	113.168	258.554	893.413	162.052
Alcobaça	48.321	26.463	22.848	23.946	35.225	31.876	10.883
Amargosa	52.579	52.498	219.392	31.694	17.114	2.858	4.559
Boa Vista do Tupim	13.174	12.739	251.342	230	106	2	0
Bom Jesus da Lapa	13.710	27.141	37.437	37.146	26.869	3.091	4.230
Brumado	41.372	51.453	25.220	12.137	19.925	8.320	23.460
Cachoeira	27.826	41.391	44.365	43.100	23.918	628	1.224
Caculé	21.155	57.684	67.827	41.431	39.851	2.349	608.921
Camaçari	324.564	88.250	40.745	17.334	17.564	15.562	12.152
Canápolis**	1.160	3.863	1.731	1.262	1.541	0	768
Candeias	241.821	161.811	250.492	253.978	23.490	5.405	3.044
Cândido Sales	11.842	9.274	3.758	2.131	5.940	8.732	13.497
Capim Grosso	140.707	147.211	203.571	18.492	3.661	1.427	1.750
Catu	177.640	301.593	97.805	69.122	62.741	49.618	61.432
Conceição do Coité	21.842	38.999	29.941	18.449	11.425	5.140	2.295
Correntina	25.471	43.688	53.710	63.964	13.838	71	1.528
Dias d'Ávila	31.523	37.103	20.548	37.219	16.906	8.759	5.434
Eunápolis	129.792	491.772	387.657	58.331	38.736	8.737	10.569
Feira de Santana	2.237.875	433.057	30.371	71.371	84.587	41.156	33.811
Governador Mangabeira	118.128	135.007	71.280	50.061	18.838	2.213	2.982
Guanambi	142.320	158.239	131.293	115.019	93.838	56.796	12.164

Iaçu	30.291	33.673	30.366	23.799	53.092	46.257	39.972
Ibotirama	28.774	9.101	5.484	9.913	4.914	5.077	2.349
Igaporã	20.522	18.017	18.595	13.084	1.591	1.202	2.839
Ilhéus	31.412	17.819	50.540	11.015	18.633	1.235	984
Ipiaú	138.981	75.694	30.925	31.612	21.826	4.135	6.423
Ipirá	15.223	21.895	6.176	4.284	1.111	2.113	2.156
Iraquara	12.188	14.862	11.377	5.866	18.175	13.868	10.467
Irecê	34.832	42.768	32.421	29.665	11.952	6.144	4.135
Itabela	21.100	31.875	46.870	13.038	85.400	71.501	6.036
Itaberaba	150.507	365.975	58.949	87.293	12.427	3.169	3.539
Itabuna	11.919	21.885	36.334	11.599	14.406	3.284	1.313
Itaeté	6.837	10.240	1.520	321	217	179	48
Itajuípe	13.315	7.667	53.635	114.696	9.107	1.612	1.922
Itamaraju	2.568	3.763	8.065	5.158	3.696	1.618	2.348
Itanhém	26.534	33.910	28.613	19.202	10.424	740	247
Itapetinga	212.943	32.422	13.723	13.478	17.060	4.786	5.924
Jacobina	45.449	38.359	206.778	31.865	27.666	6.402	9.197
Jaguaquara	9.303	12.102	12.108	11.115	7.296	2.950	3.278
Jequié	16.543	53.534	59.369	10.486	12.489	3.656	4.188
Juazeiro	172.795	647.492	125.052	52.735	34.911	17.090	13.255
Lauro de Freitas	39.707	71.058	46.692	48.777	27.792	25.051	16.081
Livramento de Nossa Senhora	57.469	47.253	38.769	56.256	40.220	6.664	8.906
Luís Eduardo Magalhães	78.863	11.812	51.547	179.291	416.298	9.435	13.262
Madre de Deus	25.187	30.481	46.516	36.298	22.541	29.105	23.763
Mairi	36.031	16.357	13.800	10.546	7.524	2.118	2.351
Mata de São João	59.729	59.759	63.689	55.383	38.087	30.129	6.402

Medeiros Neto	36.331	35.906	41.059	38.143	33.080	3.581	3.700
Morro do Chapéu	15.352	21.588	11.713	8.362	7.993	3.060	2.993
Nova Canaã	7.626	5.343	4.355	2.135	2.285	1.079	3.657
Nova Viçosa	57.427	63.535	64.509	62.855	59.646	585	877
Paulo Afonso	830.413	91.379	95.851	298.885	106.679	8.314	6.173
Pintadas	23.850	21.209	18.653	19.023	19.139	15.453	19.822
Pojuca	17.157	606.075	5.411	4.083	20.737	7.076	12.103
Porto Seguro	181.060	212.459	277.168	185.734	332.860	148.790	192.174
Prado	336.233	189.249	15.989	9.750	7.581	367	856
Ruy Barbosa	25.646	25.718	19.626	408.579	10.715	689	923
Salvador	1.218.032	2.210.989	1.333.052	1.073.447	1.224.596	1.050.461	394.460
Santa Maria da Vitória**	3.963	3.497	4.030	1.904	4.036	1.945	2.433
Santa Rita de Cássia	47.219	50.672	54.844	25.404	10.844	6.920	6.044
Santo Antônio de Jesus	145.362	126.851	93.847	37.619	3.389	4.788	6.928
Santo Estêvão	37.672	33.821	26.557	38.976	32.737	6.942	11.286
São Desidério	29.306	34.697	31.799	44.691	412.068	178	254
São Félix	27.716	26.409	24.540	21.851	26.443	3.472	3.798
São Félix do Coribe	4.371	4.255	3.028	501.173	8.342	3.208	3.620
São Sebastião do Passé	49.573	75.755	44.410	19.275	24.238	3.573	3.696
Senhor do Bonfim	27.162	15.776	20.350	8.888	9.644	3.942	3.077
Teixeira de Freitas	148.787	6.645	6.865	106.770	3.099	3.795	2.765
Una	22.745	294.707	34.290	25.768	11.808	1.010	1.096
Utinga	17.196	8.048	5.452	8.238	4.167	463	0
Vera Cruz	33.122	24.712	19.477	19.991	27.738	2.090	3.608
Vitória da	412.019	367.702	433.557	245.389	88.623	21.062	23.388

Conquista

Wenceslau Guimarães	12.055	11.505	817.698	13.832	9.059	2.348	1.902
--------------------------------	--------	--------	---------	--------	-------	-------	-------

Fonte: Elaboração própria. *Total de procedimentos por ano. **Municípios não apresentaram registros de atividades coletivas.

As ações especializadas representaram aumento de 10,96% no número de municípios que cumpriram a meta comparando o ano de 2013 com 2019. Entretanto, em alguns anos também não foi observado registro de procedimentos (TABELA 2).

Tabela 2. Ações especializadas dos municípios do Estado da Bahia, 2013-2019 (n=73). Salvador, Bahia, 2021.

Município	Ações Especializadas						
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Alagoinhas	12.020	19.258	24.764	21.398	24.501	26.621	21.450
Alcobaça	1.613	726	1.302	1.924	898	1.285	1.021
Amargosa	2.212	2.681	2.437	1.602	1.216	2.552	3.817
Boa Vista do Tupim	652	626	288	0	2.009	1.818	1.519
Bom Jesus da Lapa	262	479	1.556	1.924	1.925	1.775	1.527
Brumado	4.401	3.793	1.725	1.354	1.886	1.767	11.181
Cachoeira	1.279	1.604	1.527	2.882	1.071	1.009	2.042
Caculé	1.467	1.561	1.466	1.071	724	1.526	1.473
Camaçari	3.329	2.662	2.544	3.495	2.757	6.542	5.742
Canápolis	2.230	1.744	2.224	1.224	2.099	1.763	1.622
Candeias	3.362	4.366	5.259	4.843	3.661	4.319	2.001
Cândido Sales	1.350	951	727	429	1.206	2.168	1.957
Capim Grosso	1.213	2.838	2.753	2.704	2.853	2.516	1.750
Catu	3.993	4.246	3.372	3.075	2.901	3.685	9.098
Conceição do Coité	948	567	354	266	191	618	107

Correntina	1.634	1.796	2.290	2.188	1.077	2.176	5.242
Dias d'Ávila	2.005	2.335	3.444	2.453	2.582	1.957	2.567
Eunápolis	2.461	2.566	3.374	5.375	5.002	5.517	5.758
Feira de Santana	6.872	6.312	6.996	6.174	6.570	8.809	9.791
Governador Mangabeira	75	156	269	2.613	737	1.121	1.502
Guanambi	3.354	3.175	3.338	2.054	2.122	2.252	2.431
Iaçu	2.919	2.742	2.764	2.494	1.371	2.758	1.486
Ibotirama	1.722	1.504	4.144	3.867	3.971	4.180	3.157
Igaporã	6	12	4	2	21	230	1.090
Ilhéus	1.181	1.710	1.238	2.261	2.942	2.974	3.265
Ipiaú	654	1.096	197	261	1.368	1.415	1.458
Ipirá	1.572	2.006	384	839	167	508	1.855
Iraquara	2.288	2.071	1.687	1.945	224	629	735
Irecê	3.788	4.277	1.392	620	1.238	4.665	5.398
Itabela	3.856	2.026	2.562	614	476	1.619	3.362
Itaberaba	2.323	4.607	4.955	4.558	3.518	4.802	5.258
Itabuna	4.571	7.283	5.214	8.741	5.044	11.756	3.231
Itaeté	870	410	214	148	0	0	0
Itajuípe	1.459	1.886	697	560	1.832	2.763	2.660
Itamaraju	2	24	206	89	926	2.292	1.456
Itanhém	7.390	5.787	2.285	2.237	1.410	1.345	126
Itapetinga	1.281	1.345	1.161	1.319	725	1.063	714
Jacobina	382	1.093	1.408	607	1.101	2.802	2.291
Jaguaquara	1.452	1.392	612	1.183	841	962	810
Jequié	128	126	1.265	26	504	955	1.556
Juazeiro	6.190	12.898	8.652	10.232	11.715	18.561	19.670
Lauro de Freitas	3.878	4.530	3.301	9.742	12.816	8.979	10.892

Livramento de Nossa Senhora	2.844	2.063	1.466	1.321	2.841	3.130	2.991
Luís Eduardo Magalhães	3.639	3.011	3.337	2.751	3.089	5.304	5.849
Madre de Deus	2.167	2.896	2.436	1.023	1.575	2.620	2.061
Mairi	1.750	1.765	1.123	783	1.155	1.216	1.064
Mata de São João	2.511	2.354	2.017	1.682	1.287	1.187	1.461
Medeiros Neto	3.133	3.333	3.173	3.190	2.043	676	1.203
Morro do Chapéu	141	636	606	386	922	1.134	1.528
Nova Canaã	328	1.188	820	644	1.266	712	1.534
Nova Viçosa	2.731	3.214	3.022	2.485	1.784	99	774
Paulo Afonso	4.265	4.080	3.206	4.466	3.646	3.476	2.250
Pintadas	2.789	3.625	2.360	2.371	2.541	3.101	2.888
Pojuca	679	2.034	2.534	2.308	1.861	2.268	2.178
Porto Seguro	4.504	4.644	8.372	7.621	5.483	6.338	5.772
Prado	1.336	1.391	833	725	593	723	769
Ruy Barbosa	1.259	1.912	807	770	795	2.307	2.666
Salvador	66.691	88.281	80.047	77.869	87.651	79.027	77.856
Santa Maria da Vitória	468	325	84	115	136	150	525
Santa Rita de Cássia	1.828	2.034	1.014	729	585	721	627
Santo Antônio de Jesus	7.950	12.973	6.792	5.243	2.574	6.162	5.663
Santo Estêvão	3.395	3.997	1.431	3.368	2.194	1.491	5.080
São Desidério	1.842	1.371	687	405	1.477	3.345	4.258
São Félix	1.589	2.482	1.199	1.283	2.988	2.826	3.461
São Félix do Coribe	841	803	796	630	556	693	931
São Sebastião do Passé	6.030	7.115	5.771	558	4.426	6.224	7.882
Senhor do Bonfim	1.234	1.039	1.503	1.029	1.414	1.184	670
Teixeira de Freitas	810	1.522	1.512	3.000	1.655	3.436	3.988
Una	3.508	2.009	1.742	1.319	1.474	2.860	2.649

Utinga	1.809	1.767	1.286	498	621	47	0
Vera Cruz	765	502	206	188	214	489	3.757
Vitória da Conquista	7.295	8.869	9.830	6.723	8.125	6.347	6.298
Wenceslau Guimarães	1.809	2.281	2.228	2.360	925	3.295	3.094

Fonte: Elaboração própria. Total de procedimentos por ano.

O número de 1ª consulta odontológica registrou avanços e retrocessos no período, mostrando nos últimos anos queda e muitos anos sem registros (TABELA 3).

Tabela 3. Número de 1ª consulta odontológica dos municípios do Estado da Bahia, 2013-2019 (n=73). Salvador, Bahia, 2021.

Município	1ª consulta						
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Alagoinhas	14.921	15.112	14.838	13.618	120.910	120.028	54.556
Alcobaça	3.779	2.347	1.892	2.469	5.420	4.532	560
Amargosa	6.701	6.274	5.315	5.768	3.183	399	255
Boa Vista do Tupim	2.147	1.445	617	0	17	0	0
Bom Jesus da Lapa	842	2.408	5.650	6.770	5.339	0	0
Brumado	4.625	6.184	3.311	1.816	3.142	112	871
Cachoeira	2.793	4.365	6.761	5.456	2.718	0	0
Caculé	3.277	4.683	2.516	1.909	12.151	207	792
Camaçari	16.647	16.085	2.941	1.382	762	282	183
Canápolis	4	229	474	452	372	0	0
Candeias	7.339	8.087	6.393	6.191	3.115	180	139
Cândido Sales	663	573	809	241	0	94	300
Capim Grosso	104.872	3.561	3.193	2.225	426	0	0
Catu	21.680	35.901	14.291	8.732	13.266	10.016	6.845

Conceição do Coité	6.864	9.637	10.691	4.049	1.493	629	69
Correntina	4.254	6.659	6.968	8.051	2.894	0	0
Dias d'Ávila	2.948	2.471	1.564	2.758	2.535	0	0
Eunápolis	9.594	9.762	238.995	8.489	4.405	0	0
Feira de Santana	484.417	28.968	6.437	16.738	11.694	13.225	1.106
Governador Mangabeira	105.421	106.400	4.244	3.505	3.630	0	0
Guanambi	8.591	9.592	8.386	6.359	5.261	4.261	488
Iaçu	4.221	5.807	4.799	4.218	10.146	6.132	4.667
Ibotirama	8.275	1.969	326	1.284	0	0	0
Igaporã	4.440	3.288	3.741	2.471	228	0	0
Ilhéus	6.341	4.141	133	996	2.598	214	256
Ipiaú	107.021	4.657	2.385	1.954	3.870	0	0
Ipirá	2.428	1.812	199	51	162	0	0
Iraquara	2.583	3.101	2.523	1.566	3.791	1.869	1.081
Irecê	5.308	6.928	4.270	3.404	1.787	406	230
Itabela	3.076	2.087	1.931	773	1.336	969	957
Itaberaba	4.573	6.617	5.076	6.802	1.589	0	0
Itabuna	1.326	3.614	1.625	2.234	1.976	0	0
Itaeté	1.465	2.001	139	9	0	0	0
Itajuípe	2.188	1.060	2.048	1.959	1.419	1	0
Itamaraju	60	257	1.728	674	127	0	0
Itanhém	3.323	2.702	1.912	1.714	1.089	0	0
Itapetinga	147.968	2.882	2.188	3.105	2.218	135	15
Jacobina	8.024	6.721	5.272	4.845	5.083	48	72
Jaguaquara	1.354	1.443	1.946	1.711	230	0	0
Jequié	2.564	9.384	8.324	604	2.650	403	395
Juazeiro	21.445	27.884	12.957	6.800	6.396	187	48

Lauro de Freitas	3.716	6.670	6.854	5.504	1.419	304	242
Livramento de Nossa Senhora	8.985	9.175	5.766	5.343	6.976	0	0
Luís Eduardo Magalhães	4.044	684	6.568	5.358	2.405	0	0
Madre de Deus	3.690	2.356	4.256	4.047	3.168	4.212	2.517
Mairi	1.654	223	1.604	1.628	1.951	0	0
Mata de São João	3.615	2.267	4.817	3.058	2.260	1.661	175
Medeiros Neto	6.089	5.431	6.588	6.129	5.655	158	157
Morro do Chapéu	3.072	4.037	1.346	1.755	1.251	82	22
Nova Canaã	1.518	1.054	585	656	1.043	0	0
Nova Viçosa	7.212	9.916	9.535	9.850	9.636	20	1
Paulo Afonso	21.085	15.370	14.034	13.424	13.936	0	91
Pintadas	2.901	2.824	1.631	2.055	1.442	0	0
Pojuca	1.571	1.361	0	0	0	0	14
Porto Seguro	12.354	18.536	12.275	13.396	9.530	13.495	15.886
Prado	301.430	169.492	1.331	601	504	0	0
Ruy Barbosa	2.752	12.351	1.744	1.123	1.707	0	0
Salvador	88.408	304.080	74.008	67.056	80.552	74.720	38.278
Santa Maria da Vitória	732	305	796	34	857	0	0
Santa Rita de Cássia	11.735	9.068	10.845	5.208	3.406	4.099	4.066
Santo Antônio de Jesus	9.345	9.042	8.065	3.900	96	100	65
Santo Estêvão	2.132	2.001	3.296	4.882	4.791	0	240
São Desidério	4.182	4.353	5.074	3.205	1.868	18	1
São Félix	3.222	2.200	1.928	11.540	2.277	0	0
São Félix do Coribe	548	268	76	1.051	437	0	0
São Sebastião do Passé	7.929	6.838	6.211	2.614	3.637	0	0
Senhor do Bonfim	6.183	3.017	4.270	1.854	1.672	0	0
Teixeira de Freitas	3.409	854	813	413	0	0	0

Una	3.962	4.170	2.646	3.565	1.487	0	0
Utinga	1.494	1.012	565	1.177	655	0	0
Vera Cruz	3.128	3.165	999	1.173	3.649	0	0
Vitória da Conquista	17.006	17.717	17.682	11.657	5.879	133	34
Wenceslau Guimarães	4.422	5.845	6.117	7.758	3.030	0	0

Fonte: Elaboração própria. Total de 1ª consulta por ano.

Dos 73 municípios estudados, 32 possuem CEO tipo I, 36 tipo II e 5 do tipo III. A cobertura de saúde bucal apresentou 100% em todos os anos em 15 municípios (TABELA 4).

Tabela 4. Tipo de CEO e cobertura de saúde bucal dos municípios do Estado da Bahia, 2013-2019 (n=73). Salvador, Bahia, 2021.

Município	Tipo de CEO	Cobertura SB %						
		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Alagoinhas	2	45.74	43.8	38.19	37.96	30.51	35.39	42.56
Alcobaça	1	100	100	100	74.09	100	100	100
Amargosa	1	97.72	83.74	98.65	90.06	89.51	96.84	93.17
Boa Vista do Tupim	1	100	100	100	100	88.39	100	100
Bom Jesus da Lapa	2	62.56	60.63	66.6	64.51	83.68	100	100
Brumado	2	85.88	81.13	74.54	74.07	88.74	100	100
Cachoeira	2	100	100	100	100	100	100	100
Caculé	1	100	100	100	100	100	100	100
Camaçari	3	38.32	35.43	51.01	56.88	49.76	50.47	57.86
Canápolis	2	100	100	100	100	100	100	100
Candeias	2	65.44	49.65	48.41	46.62	42.85	42.64	45.34
Cândido Sales	1	53.67	51	51.2	62.56	64.46	38.8	40.86

Capim Grosso	1	100	100	100	100	99.58	98.91	90.64
Catu	2	100	94.05	93.45	92.88	92.35	67.22	88.75
Conceição do Coité	1	54.02	50.73	45.9	45.56	45.75	45.46	46.91
Correntina	2	56.85	45.03	40.35	53.79	40.12	58	61.72
Dias d'Ávila	1	48.9	31.56	36.02	44.2	47.8	68.25	75.11
Eunápolis	2	60.51	62.27	61.59	60.96	60.38	74.42	82.13
Feira de Santana	2	36	38.72	34.04	32.91	37.2	36.55	35.49
Governador Mangabeira	1	100	100	100	100	100	100	100
Guanambi	2	96.08	94.81	90.1	91.79	89.84	100	100
Iaçu	1	100	100	100	100	100	100	100
Ibotirama	1	100	99.51	99.07	98.17	100	100	100
Igaporã	2	100	100	100	100	100	100	100
Ilhéus	3	38.84	37.42	15.75	18.9	30.76	44.32	53.78
Ipiaú	2	67.7	57.55	43.68	43.58	64.28	64.15	66.78
Ipirá	2	54.41	49.88	51.63	16.67	16.51	11.02	17.32
Iraquara	1	89.05	97.06	97.73	96.58	95.53	94.57	100
Irecê	2	56.2	57.47	28.46	41.7	46.07	60.22	71.49
Itabela	1	83.88	78.83	78.28	77.77	77.29	76.86	79.41
Itaberaba	2	38.93	51.06	41.78	56.55	66.67	86.44	85.11
Itabuna	2	38.25	38.24	39.53	36.19	34.17	49.67	54.93
Itaeté	2	100	100	100	20.98	41.77	41.6	43.13
Itajuípe	2	94.84	92.53	92.82	93.09	79.5	79.71	83.79
Itamaraju	2	21.18	35.31	30.81	30.78	30.76	30.73	32.08
Itanhém	1	100	100	100	100	100	100	100
Itapetinga	2	57.25	55.46	54.88	54.34	53.85	57.27	62.81
Jacobina	1	88.97	100	53.74	62.43	71.01	76.22	83.59

São Félix do Coribe	2	100	100	100	100	100	100	100
São Sebastião do Passé	1	100	76.51	68.56	67.28	75.56	75.28	92.72
Senhor do Bonfim	1	69.99	46.72	42.69	25.45	63.51	67.41	69.67
Teixeira de Freitas	2	50.03	48.85	57.34	62.83	58.29	57.61	63.14
Una	1	90.03	90.04	100	100	100	100	100
Utinga	2	100	70.71	88.51	100	100	100	100
Vera Cruz	2	100	85.61	40.97	55.57	55.95	63.24	72.71
Vitória da Conquista	3	52.61	51.41	52.73	52.05	53.05	57.98	57.45
Wenceslau Guimarães	1	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Elaboração própria.

Observou-se que no ano de 2013, 24,65% dos municípios cumpriram a meta da AB, registrando em 2019 apenas 4,10% de municípios com cumprimento de meta. Os dois últimos anos do período representaram os menores percentuais, obtendo registro de 0% em dois municípios (TABELA 5).

Tabela 5. Percentual de cumprimento de meta na AB dos municípios do Estado da Bahia, 2013-2019 (n=73). Salvador, Bahia, 2021.

Município	% cumprimento de meta na AB						
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Alagoinhas	110.64	118.23	101.09	48.56	110.51	394.88	71.26
Alcobaça	139.00	75.94	65.42	68.42	100.46	94.66	32.29
Amargosa	94.53	93.19	386.86	55.54	29.82	5.15	8.16
Boa Vista do Tupim	46.50	45.47	898.07	0.79	0.36	0.01	0.00
Bom Jesus da Lapa	13.39	26.25	35.90	35.33	25.37	3.00	4.08
Brumado	40.10	49.70	24.28	11.65	19.06	8.27	23.28

Cachoeira	54.17	80.23	85.64	82.06	45.38	1.24	2.44
Caculé	60.71	164.40	192.05	116.62	111.55	6.80	1752.04
Camaçari	78.52	20.91	9.47	3.96	3.94	3.53	2.71
Canápolis	11.14	30.15	18.74	14.41	15.56	0.00	5.76
Candeias	180.29	122.16	188.04	189.67	17.46	4.16	2.33
Cândido Sales	29.18	22.94	9.33	5.31	14.85	22.98	35.72
Capim Grosso	325.11	337.17	462.46	39.54	7.77	3.12	3.80
Catu	215.24	363.06	117.02	82.23	74.08	60.78	74.87
Conceição do Coité	21.69	38.43	29.29	18.12	11.15	5.18	2.30
Correntina	51.49	88.03	107.91	128.15	27.65	0.15	3.17
Dias d'Ávila	27.98	32.28	17.55	31.25	13.97	7.33	4.47
Eunápolis	78.09	292.64	228.32	34.03	22.40	5.19	6.21
Feira de Santana	246.13	47.17	3.28	7.64	8.99	4.50	3.67
Governador Mangabeira	372.79	424.59	223.44	155.70	58.43	7.13	9.59
Guanambi	112.09	123.76	102.02	88.83	72.07	45.07	9.60
Iaçu	75.94	85.09	77.33	60.99	136.74	125.89	109.64
Ibotirama	70.30	22.14	13.22	23.80	11.76	12.61	5.82
Igaporã	84.67	74.18	76.40	53.66	6.51	5.13	12.10
Ilhéus	11.34	6.51	18.70	4.12	7.04	0.50	0.40
Ipiaú	196.39	106.49	43.40	44.27	30.50	6.02	9.33
Ipirá	16.30	23.48	6.63	4.56	1.18	2.36	2.41
Iraquara	32.66	40.09	30.33	15.47	47.45	37.07	27.67
Irecê	32.23	39.20	29.45	26.76	10.70	5.66	3.78
Itabela	45.92	68.88	100.62	27.82	181.19	156.73	13.16
Itaberaba	152.48	369.31	59.27	87.39	12.40	3.28	3.66
Itabuna	3.64	6.66	11.03	3.51	4.34	1.03	0.41
Itaeté	28.49	41.70	6.16	1.30	0.87	0.75	0.20

Itajuípe	40.56	23.43	164.37	352.42	28.05	5.22	6.25
Itamaraju	2.55	3.73	8.00	5.11	3.66	1.67	2.43
Itanhém	85.31	109.36	92.55	62.28	33.90	2.53	0.85
Itapetinga	190.17	28.65	12.01	11.69	14.67	4.23	5.19
Jacobina	35.93	30.24	162.54	25.46	22.05	5.31	7.61
Jaguaquara	11.30	14.64	14.56	13.29	8.68	3.63	4.02
Jequié	6.83	22.15	24.50	4.32	5.13	1.56	1.79
Juazeiro	53.64	199.30	38.19	15.96	10.49	5.29	4.08
Lauro de Freitas	14.36	25.20	16.26	16.71	9.37	8.56	5.40
Livramento de Nossa Senhora	84.70	69.01	56.14	80.83	57.37	9.79	12.98
Luís Eduardo Magalhães	71.96	10.30	43.41	146.25	332.15	7.42	10.10
Madre de Deus	85.67	101.68	152.40	116.96	71.53	93.57	75.11
Mairi	118.95	54.13	45.78	35.62	25.47	7.53	8.39
Mata de São João	89.41	88.15	92.68	79.59	54.03	43.65	9.16
Medeiros Neto	103.69	102.21	116.59	108.05	93.50	10.54	10.87
Morro do Chapéu	27.42	39.28	21.27	15.15	14.46	5.77	5.63
Nova Canaã	29.88	20.89	17.00	8.32	8.89	4.37	14.81
Nova Viçosa	90.58	99.07	99.51	96.00	90.27	0.91	1.35
Paulo Afonso	471.65	51.49	53.60	166.14	58.92	4.74	3.49
Pintadas	147.25	131.30	115.76	114.91	115.87	98.28	126.61
Pojuca	31.29	1090.23	9.61	7.16	34.81	12.08	20.42
Porto Seguro	85.60	98.85	127.06	83.98	148.61	67.65	86.17
Prado	770.43	432.70	36.48	22.20	17.23	0.87	2.03
Ruy Barbosa	53.77	53.95	41.06	852.99	22.32	1.49	2.00
Salvador	28.16	50.78	30.42	24.36	27.64	24.51	9.16

Santa Maria da Vitória	9.37	8.03	9.40	4.14	9.95	4.01	5.37
Santa Rita de Cássia	111.04	117.94	126.86	58.42	24.80	16.36	14.22
Santo Antônio de Jesus	97.49	84.10	61.61	24.48	2.19	3.17	4.55
Santo Estêvão	48.13	42.78	33.28	48.59	40.49	8.83	14.24
São Desidério	61.47	72.11	64.95	89.83	816.11	0.36	0.50
São Félix	123.15	116.99	108.41	95.39	115.14	15.73	17.18
São Félix do Coribe	18.87	18.24	12.90	2122.98	35.14	13.97	15.68
São Sebastião do Passé	73.29	111.51	65.10	28.14	35.26	5.39	5.56
Senhor do Bonfim	22.56	13.01	16.68	7.34	7.92	3.34	2.60
Teixeira de Freitas	64.67	2.85	2.90	44.54	1.28	1.60	1.15
Una	65.96	871.85	103.42	79.14	36.90	3.46	3.85
Utinga	58.74	27.53	18.55	27.90	14.04	1.62	0.00
Vera Cruz	53.18	39.13	30.44	30.88	42.37	3.26	5.56
Vitória da Conquista	81.51	72.06	84.21	47.27	16.94	4.14	4.61
Wenceslau Guimarães	34.87	33.91	2419.58	41.08	27.00	7.37	6.01

Fonte: Elaboração própria.

Em relação à AE, nota-se um número mais expressivo de municípios com cumprimento de meta. No ano de 2013, 43,83% dos municípios cumpriram a meta e em 2019, 54,79% dos municípios (TABELA 6).

Tabela 6. Percentual de cumprimento de meta na AE dos municípios do Estado da Bahia, 2013-2019 (n=73). Salvador, Bahia, 2021.

Município	% cumprimento de meta na AE						
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019

Alagoinhas	157.57	250.82	320.58	275.46	314.16	352.99	282.99
Alcobaça	139.20	62.50	111.85	164.93	76.83	114.48	90.88
Amargosa	119.31	142.77	128.92	84.22	63.57	137.83	204.99
Boa Vista do Tupim	69.04	67.03	30.87	0.00	206.03	195.25	163.54
Bom Jesus da Lapa	7.67	13.90	44.76	54.90	54.52	51.74	44.17
Brumado	127.98	109.91	49.82	38.98	54.14	52.71	332.79
Cachoeira	74.70	93.27	88.43	164.62	60.96	59.60	122.02
Caculé	126.29	133.46	124.53	90.44	60.80	132.44	127.15
Camaçari	24.16	18.92	17.73	23.93	18.57	44.55	38.39
Canápolis	440.28	344.09	438.57	241.28	413.56	362.79	334.05
Candeias	75.20	98.88	118.44	108.50	81.62	99.66	45.96
Cândido Sales	99.79	70.57	54.14	32.06	90.43	171.17	155.39
Capim Grosso	84.08	195.00	187.62	173.44	181.77	165.25	114.15
Catu	145.14	153.34	121.04	109.75	102.76	135.42	332.63
Conceição do Coité	28.25	16.76	10.39	7.84	5.59	18.67	3.21
Correntina	99.09	108.57	138.02	131.51	64.57	135.66	326.23
Dias d'Ávila	53.39	60.95	88.24	61.79	64.02	49.12	63.31
Eunápolis	44.42	45.81	59.62	94.07	86.77	98.24	101.57
Feira de Santana	22.67	20.63	22.66	19.83	20.94	28.89	31.85
Governador Mangabeira	7.10	14.72	25.30	243.81	68.57	108.42	144.97
Guanambi	79.25	74.50	77.81	47.59	48.89	53.61	57.55
Iaçu	219.55	207.87	211.17	191.76	105.93	225.18	122.28
Ibotirama	126.22	109.76	299.69	278.58	285.05	311.41	234.49
Igaporã	0.74	1.48	0.49	0.25	2.58	29.43	139.39
Ilhéus	12.79	18.76	13.74	25.37	33.37	36.08	40.23

Ipiaú	27.72	46.26	8.29	10.97	57.35	61.76	63.57
Ipirá	50.50	64.53	12.37	26.76	5.33	17.00	62.25
Iraquara	183.91	167.61	134.93	153.88	17.54	50.44	58.30
Irecê	105.16	117.61	37.94	16.78	33.24	128.89	147.96
Itabela	251.73	131.34	165.00	39.30	30.30	106.47	219.85
Itaberaba	70.60	139.47	149.45	136.89	105.32	149.30	163.07
Itabuna	41.91	66.53	47.47	79.32	45.64	110.52	30.31
Itaeté	108.78	50.09	26.02	17.92	0.00	0.00	0.00
Itajuípe	133.34	172.89	64.08	51.62	169.30	268.42	259.63
Itamaraju	0.06	0.71	6.13	2.64	27.50	71.05	45.16
Itanhém	712.80	559.91	221.73	217.67	137.55	137.96	12.99
Itapetinga	34.32	35.66	30.48	34.31	18.70	28.17	18.75
Jacobina	9.06	25.85	33.20	14.55	26.33	69.71	56.91
Jaguaquara	52.89	50.50	22.07	42.44	30.02	35.52	29.77
Jequié	1.59	1.56	15.66	0.32	6.21	12.26	19.95
Juazeiro	57.65	119.10	79.26	92.91	105.65	172.51	181.54
Lauro de Freitas	42.06	48.19	34.49	100.10	129.69	92.05	109.78
Livramento de Nossa Senhora	125.74	90.39	63.69	56.94	121.57	137.92	130.81
Luís Eduardo Magalhães	99.62	78.80	84.31	67.32	73.94	125.16	133.66
Madre de Deus	221.12	289.82	239.43	98.89	149.95	252.69	195.42
Mairi	173.32	175.24	111.76	79.35	117.29	129.69	113.94
Mata de São João	112.76	104.17	88.05	72.51	54.77	51.59	62.73
Medeiros Neto	268.26	284.63	270.30	271.09	173.24	59.67	106.05
Morro do Chapéu	7.56	34.72	33.01	20.98	50.03	64.10	86.30

Nova Canaã	38.56	139.37	96.01	75.26	147.72	86.56	186.37
Nova Viçosa	129.23	150.35	139.86	113.87	81.00	4.61	35.69
Paulo Afonso	72.67	68.96	53.79	74.48	60.41	59.41	38.21
Pintadas	516.58	673.23	439.40	429.68	461.50	591.68	553.42
Pojuca	37.15	109.76	134.99	121.50	93.71	116.17	110.23
Porto Seguro	63.88	64.82	115.13	103.37	73.44	86.45	77.64
Prado	91.84	95.41	57.02	49.53	40.44	51.36	54.59
Ruy Barbosa	79.18	120.33	50.65	48.23	49.67	149.97	173.04
Salvador	46.25	60.82	54.81	53.01	59.34	55.32	54.21
Santa Maria da Vitória	22.38	15.55	4.02	5.50	6.51	7.52	26.35
Santa Rita de Cássia	128.96	142.03	70.36	50.30	40.14	51.15	44.25
Santo Antônio de Jesus	159.95	258.04	133.77	102.33	49.82	122.50	111.57
Santo Estêvão	130.11	151.68	53.80	125.97	81.41	56.89	192.24
São Desidério	115.90	85.48	42.10	24.42	87.76	201.55	252.39
São Félix	211.81	329.86	158.90	168.02	390.33	384.05	469.61
São Félix do Coribe	108.92	103.29	101.74	80.06	70.27	90.53	120.98
São Sebastião do Passé	267.47	314.18	253.77	24.44	193.16	281.86	355.85
Senhor do Bonfim	30.75	25.71	36.96	25.48	34.82	30.13	16.96
Teixeira de Freitas	10.56	19.56	19.16	37.54	20.47	43.37	49.70
Una	305.19	178.30	157.61	121.53	138.20	293.57	278.81
Utinga	185.39	181.32	131.27	50.59	62.79	4.92	0.00
Vera Cruz	36.85	23.85	9.66	8.71	9.81	22.90	173.84
Vitória da Conquista	43.30	52.14	57.28	38.85	46.60	37.46	37.21

Wenceslau Guimarães	156.99	201.67	197.78	210.29	82.72	310.44	293.26
--------------------------------	--------	--------	--------	--------	-------	--------	--------

Fonte: Elaboração própria.

5.3.6 Contribuições do Produto Técnico

Este produto é de grande valia para o trabalho desenvolvido pela área técnica de saúde bucal no acompanhamento desses municípios, assim como para a gestão e os profissionais que atuam nos serviços de saúde, tendo em vista a possibilidade de refletir sobre as mudanças necessárias no sistema de saúde e modelo de atenção praticado.

5.3.7 Perspectivas

Espera-se que este relatório consubstanciado da pesquisa estimule reflexões sobre a política e práticas de saúde bucal, bem como se ofereçam ferramentas na gestão para oferecer suporte e melhorias para os municípios da Bahia.

5.3.8 Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. **Portaria n.1.631, de outubro de 2015**.

BARROS, S. G. et al. Impacto da implantação das equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família em dois municípios do estado da Bahia. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 6, n. 2, p.37-42, 6 jan. 2017.

CHAVES, S. C. L. et al. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n.1, p.143-154, jan. 2011.

IBGE. **Cidades e Estados, 2010**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba.html>. Acesso em: 15 nov. 2020.

KORNIS, G. E. M.; MAIA, L. S.; FORTUNA, R. F. P. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 197-215, 2011.

NEVES, M.; GIORDANI, J. M. A.; HUGO, F. N. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1809-1820, maio, 2019.

THOMAZ, E. B. A. F. et al. Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 4, p. 807-818, out. 2016.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de descentralização e ampliação da saúde bucal no SUS aponta para a necessidade de investigação das práticas adotadas nas equipes de saúde bucal nos diferentes municípios. As desigualdades na oferta e utilização dos serviços odontológicos ainda são desafiadoras. Na Bahia, os gastos com saúde por habitante ainda são considerados baixos.

Notou-se que quando o município investiu mais em saúde e teve maior participação das transferências intergovernamentais na receita total, obteve melhores resultados quanto ao cumprimento de meta. Outro fator importante é a cobertura de saúde bucal na atenção básica, quando esta cobertura é considerada baixa, contribuiu para o não cumprimento de 50% da meta nos municípios. Destaca-se o papel e formação do gestor nos serviços, a presença deste profissional corrobora para garantir a integralidade das ações e resolutividade dos serviços.

Verificou-se que a austeridade fiscal e a crise econômica refletiram na oferta dos serviços públicos. Ao longo do período analisado, o desfinanciamento impactou diretamente na redução de oferta de procedimentos em saúde bucal, entretanto os gastos per capita com saúde aumentaram.

Diante disso, há uma necessidade de realização de pesquisas subsequentes sobre oferta de procedimentos de saúde bucal em cenário de crise econômica e austeridade fiscal, bem como pesquisas para compreender os fatores relacionados à utilização e cumprimento de metas nos municípios. A nova PNAB e a nova forma de repasses, juntamente com os reflexos da pandemia do COVID-19, podem refletir em dificuldades de acesso, iniquidades e agravamento da situação de saúde bucal nos municípios.

REFERÊNCIAS

ARCARI, J. M, *et al.* Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no sistema único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva** [periódico na internet], julho, 2018.

ASSIS, L.N.; PAIM, J.; SOARES, CATHARINA L. M. Políticas de saúde bucal no período pós-constituente: governos FHC e Lula. *In*: CHAVES, Sônia C.L. Política de saúde bucal no Brasil teoria e prática. Salvador: EDUFBA, 2016. P. 117-136.

BALDANI, M.H. *et al.* Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 1, p.150-162, mar. 2010.

BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p.709-717, 2002.

BARROS, S. G. *et al.* Impacto da implantação das equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família em dois municípios do estado da Bahia. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 6, n. 2, p.37-42, 6 jan. 2017.

BRANDÃO, C.C.; SCHERER, M.D.A. Capacidade de governo em Secretarias Municipais de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p.69-83, mar. 2019.

BRASIL. **Lei nº 6.050, de 24 de maio de 1974.** Dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento. Brasília, DF: Poder executivo, 1974. Acesso em: 06.02.2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6050.htm.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. CNS,7. Brasília, 1980. **Anais da 7º CNS.** Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, p.175-178, 1980. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/7_conferencia_nacional_saude_anais.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.412, de 10 de julho de 2013.** Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Acesso em: 15.01.2020. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Acesso em: 15.01.2020. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília, 2004.

- BURKE, S *et al.* Indicators of health system coverage and activity in Ireland during the economic crisis 2008–2014 – From ‘more with less’ to ‘less with less’. **Health Policy**, Elsevier BV, v. 117, n. 3, p.275-278, set. 2014.
- CARDOSO, M. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 7, p.1273-1284, jul. 2012.
- CECILIO, L. C. O. *et al.* O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. **Reciis**, v. 1, n. 2, p.207-207, 20 dez. 2007.
- CHAVES, S. C.L.*et al.* Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p.143-154, jan. 2011.
- CHAVES, S. C. L. *et al.* Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p.3115-3124, nov. 2012.
- CHAVES, S. C. L. *et al.* Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 2, p.76-91, out. 2018.
- CHAVES, S. C. L. *et al.* Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 6, p.1005-1013, dez. 2010.
- CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Quem faz a gestão municipal da saúde? **Revista Conasems**, nº 67, outubro - novembro – dezembro, 2016.
- CORTELLAZZI, K. L. *et al.* Variables associated with the performance of Centers for Dental Specialties in Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. 4, p.978-988, dez. 2014.
- FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p.259-267, fev. 2009.
- GOES, P.S.A. *et al.* Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p.s81-s89, 2012.
- GONÇALVES, J. R. S. N. *et al.* Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas da 2ª Regional de Saúde do Paraná. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p.432-438, 14 nov. 2018.
- GORANITIS, I.; SISKOU, O.; LIAROPOULOS, L. Health policy making under information constraints: An evaluation of the policy responses to the economic crisis in Greece. **Health Policy**, Elsevier BV, v. 117, n. 3, p.279-284, set. 2014.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020. População Estimada – 2019. Acesso em: 12.01.2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html?view=municipio>
- JORNADA, B. *et al.* Acesso e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes e fatores associados no Brasil. **Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde**, Santa Maria, v. 13, n. 2, p. 275-288, 2012.
- JUNQUEIRA, T. S. *et al.* As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p.918-928, maio 2010.

LAGE, K. A. *et al.* Utilização dos serviços odontológicos por crianças de 0 a 9 anos cadastradas em uma unidade de saúde da família de Salvador, Bahia, Brasil. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 18, n. 2, p.233-238, 7 nov. 2019.

MACHADO, F. C. A.; SILVA, J. V.; FERREIRA, M. A. F. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.4, p.1149-1163, 2015.

MATA, E. R. V. **Projeto Sorriso na Escola**. Bom Sucesso-MG. 2015. Disponível em: <http://www.cosemsg.org.br/experiencias_exitosas/ver_exp.php?id_experiencia=829>. Acesso em: 10.01.2020.

MATTOS, G. C. M. *et al.* A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p.373-382, fev. 2014.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, maio, 2012.

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e Saúde*. 6. Ed. Rio de Janeiro: MEDSIN, p.287-603, 2003.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p.1819-1829, nov. 2007.

PAIM, J. S; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p.73-78, ago. 2006.

PEREIRA, C. R. S. *et al.* Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p.449-462, mar. 2012

PEREIRA, J.S. **A humanização na atuação no Programa de Saúde da Família – PSF**. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

PERES, M. A. *et al.* Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n., p.90-100, 2012.

PIMENTEL, F. C. *et al.* Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, n., p.146-157, 2012.

PINAFO, *et al.* Gestor do SUS em município de pequeno porte no estado do Paraná: perfil, funções e conhecimento sobre os instrumentos de gestão. **Espaço para a saúde – Revista de Saúde Pública do Paraná, Londrina**, v. 17, n. 1, p. 130-137, julho, 2016.

PINTO, R. S.; MATOS, D. L.; LOYOLA-FILHO, A. I. de. Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p.531-544, fev. 2012.

REEVES, A.; MCKEE, M.; BASU, S. STUCKLER, D. The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995–2011. **Health Policy**, Elsevier BV, v. 115, n. 1, p.1-8, mar. 2014.

- RIBEIRO-SOBRINHO, C.; SOUZA, L. E. P. F.; CHAVES, S. C. L. Avaliação da cobertura do Serviço Odontológico da Polícia Militar da Bahia em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p.295-302, fev. 2008.
- ROCHA, R. A. C. P.; GOES, P. S. A. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 12, p.2871-2880, dez. 2008.
- ROSSI, T. R. A. *et al.* Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p.4427-4436, dez. 2019.
- ROSSI, T. R. A. *et al.* O financiamento federal da política de saúde bucal no Brasil entre 2003 e 2017. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 119, p.826-836, out. 2018.
- SALIBA, N.A. *et al.* Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. *Rev. odontol. UNESP*, v.42, n.5, p.317-323, 2013.
- SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Regional governance: strategies and disputes in health region management. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p.622-631, ago. 2014.
- SCHAKEL, H C; WU, E H; JEURISSEN, P. Fiscal rules, powerful levers for controlling the health budget? Evidence from 32 OECD countries. **Bmc Public Health**, v. 18, n. 1, p.1-17, 1 mar. 2018.
- SESAB. Secretaria de Saúde do estado da Bahia. **Regiões de Saúde do Estado da Bahia. 2018.** Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/indexch.asp>. Acesso em: 10 de janeiro de 2020.
- SILVA, V.M.T.A. **Odontologia no Programa Saúde da Família: a importância da inclusão das ações de saúde bucal na atenção básica. 2011.** (Trabalho de Conclusão de Pós-Graduação) – Faculdade de Medicina, Campos, 2011.
- SOARES, F. F.; CHAVES, S. C. L.; CANGUSSU, M. C. T. Governo local e serviços odontológicos: análise da desigualdade na utilização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 3, p.586-596, mar. 2015.
- SOBERON G. La extensión de cobertura de los servicios de salud. **Gac Méd Méx**, v.124, p.163-75, 1998.
- TAVARES, P. C. F.; ALMEIDA, E. T. S. Atenção básica em saúde bucal no estado de Goiás de 2001 a 2013. **Com. Ciências Saúde**, v. 28, n. 2, p. 226-233. 2017
- TEIXEIRA, A. K. M.; RONCALLI, A. G.; NORO, L. R. A. Iniquidades na assistência odontológica ao longo do curso de vida de jovens: um estudo de coorte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p.249-258, jan. 2018.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p.190-198, 2004.
- VAZQUEZ, F. L. *et al.* Referência e Contrarreferência na atenção Secundária em odontologia em Campinas, SP, Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva**, v.19, n.1, p.245-256, 2014.
- VIANNA, M. I.; PAIM, J. Estado e atenção à saúde bucal no Brasil no período pré-constituente. *In: CHAVES, Sônia C.L. Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática.* Salvador: EDUFBA, 2016. p. 79-115.

VILASBÔAS, A. L. Q.; PAIM, J. S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p.1239-1250, jun. 2008.

APÊNDICE- Relação dos indicadores propostos pela Portaria Nº 1.631, 1 de outubro de 2015.

População alvo	Nível de atenção	Indicadores	Parâmetro proposto	Códigos dos procedimentos
População Geral	AB - Atenção Básica / AAE - Atenção Ambulatorial Especializada / AH- Atenção Hospitalar	Atendimentos Odontológicos	2,38 procedimentos/habitante/ano	0101020058, 0101020066, 0101020074, 0101020082, 0301060037, 0307010015, 0307010023, 0307010031, 0307010040, 0307020010, 0307020029, 0307020070, 0307030016, 0307030024, 0307040070, 0401010082, 0414020120, 0414020138, 0414020383, 0414020405, 0307020037, 0307020045, 0307020053, 0307020061, 0307020088, 0307020096 0307020100, 0307020118, 0307030032 0414020081, 0414020154, 0414020162, 0414020375, 0201010232 0201010348, 0201010526, 0307010058, 0404020445, 0404020488, 0404020577, 0404020615, 0404020623, 0404020674, 0414010345, 0414010361, 0414010388, 0401010082, 0404010512, 0404020038, 0404020054, 0404020089, 0404020097, 0404020100, 0404020313, 0404020631, 0414010256, 0414020022, 0414020030 0414020049, 0414020057, 0414020065, 0414020073, 0414020090, 0414020146, 0414020170, 0414020200, 0414020219, 0414020243, 0414020278, 0414020294, 0414020359 0414020367, 0414020383, 0414020405, 0701070056, 0701070072, 0701070099, 0701070102, 0701070110, 0701070129, 0701070137, 0701070145, 0701070153.
	AB - Atenção Básica	Ações básicas em Odontologia	1,5 a 2,0 procedimentos/hab/ano <i>*Considerado apenas valor mínimo 1,5.</i>	0101020058, 0101020066, 0101020074, 0101020082, 0301060037, 0307010015, 0307010023, 0307010031,

				0307010040, 0307020010, 0307020029, 0307020070, 0307030016, 0307030024, 0307040070, 0401010082, 0414020120, 0414020138, 0414020383, 0414020405.
	AAE- Atenção Ambulatorial Especializada	Ações especializadas em Odontologia	0,05 a 0,08 procedimentos/hab/ano <i>*Considerado apenas valor mínimo 0,05.</i>	0307020037, 0307020045, 0307020053, 0307020061, 0307020088, 0307020096 0307020100, 0307020118, 0307030032 0414020081, 0414020154, 0414020162, 0414020375, 0201010232 0201010348, 0201010526, 0307010058, 0404020445, 0404020488, 0404020577, 0404020615, 0404020623, 0404020674, 0414010345, 0414010361, 0414010388, 0401010082, 0404010512, 0404020038, 0404020054, 0404020089, 0404020097, 0404020100, 0404020313, 0404020631, 0414010256, 0414020022, 0414020030 0414020049, 0414020057, 0414020065, 0414020073, 0414020090, 0414020146, 0414020170, 0414020200, 0414020219, 0414020243, 0414020278, 0414020294, 0414020359 0414020367, 0414020383, 0414020405, 0701070056, 0701070072, 0701070099, 0701070102, 0701070110, 0701070129, 0701070137, 0701070145, 0701070153.
	AB - Atenção Básica	Ações coletivas preventivo- educativas	4 procedimentos/ população coberta/ano	0101020015, 0101020023, 0101020031, 0101020040
	AB - Atenção Básica	Cobertura da primeira consulta odontológica	30% da população em geral	0301010153
	Atenção Básica	1ª. consulta odontológica programática	1 procedimento/ população coberta/ano	0301010153