Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Desigualdades no acesso à saúde bucal: análise espaço-temporal das exodontias no Estado do Ceará pré, durante e pós-pandemia da COVID- 19

Inequalities in access to oral health: spatio-temporal analysis of dental extractions in the State of Ceará before, during and after the COVID-19 pandemic

Desigualdades en el acceso a la salud bucal: análisis espacio-temporal de las extracciones dentales en el Estado de Ceará antes, durante y después de la pandemia de COVID-19

Isadora Maria Paiva Simplício[1], Jahirna Kerline Champagne[1], Tayana Paz da Rocha[2], Sarah Vitoria Lutif de Lemos Moura[1], Renan Viana Parente[1], Ana Karine Macedo Teixeira[1], Paulo Leonardo Ponte Marques[2], Thyciana Rodrigues Ribeiro[1], Andréa Silvia Walter de Aguiar[1].

RESUMO

Objetivo: Analisar o modelo assistencial no Ceará nos períodos pré, peri e pós-pandêmico. **Métodos:** Estudo transversal, quantitativo e analítico, realizado nos 184 municípios cearenses com dados secundários do IBGE e DATASUS (2019–2022). Foram considerados índice de Gini, densidade demográfica, porte populacional e proporção de exodontias. A análise foi feita no SPSS® 20.0, com testes de Kruskal-Wallis e Kolmogorov-Smirnov ($p < 0,05$). **Resultados:** Houve variações significativas nas exodontias conforme o porte municipal, com destaque para municípios de grande porte e metrópoles, associadas a maiores desigualdades sociais (índice de Gini elevado). As exodontias caíram em 2020, com retomada gradual até 2022, sem alcançar os níveis de 2019. Nas consultas de manutenção, municípios pequenos superaram os valores pré-pandemia, enquanto os de médio e grande porte mostraram estabilização ou crescimento. A razão entre procedimentos individuais e exodontias variou entre os portes, com tendência geral de queda em 2021 e discreta recuperação em 2022. **Conclusão:** Apesar da retomada, os níveis de 2019 não foram plenamente recuperados. As variações temporais evidenciam desigualdades estruturais no acesso aos serviços, mas sem indicar diferenças significativas no modelo assistencial entre os diferentes portes populacionais.

Palavras-chave: Modelos de assistência à saúde, Odontologia, COVID-19.

ABSTRACT

Objective: Analyze the care model in Ceará in the pre-, peri- and post-pandemic periods. **Methods:** Cross-sectional, quantitative and analytical study, carried out in the 184 municipalities of Ceará with secondary data from IBGE and DATASUS (2019–2022). **Results:** There were significant variations in dental extractions depending on municipal size, with emphasis on large municipalities and metropolises, associated with greater social inequalities (high Gini index). Extractions fell in 2020, with a gradual recovery until 2022, without reaching 2019 levels. In maintenance consultations, small municipalities surpassed pre-pandemic values, while medium and large municipalities showed stabilization or growth. The ratio between individual procedures and extractions varied between sizes, with a general downward trend in 2021 and a slight recovery in 2022. **Conclusion:** Despite the recovery, 2019 levels have not been fully recovered. Temporal variations highlight structural inequalities in access to services, but without indicating significant differences in the care model between different population sizes.

Keywords: Care models health care, Dentistry, COVID-19.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el modelo de atención en Ceará en los períodos pre, peri y pos pandemia. **Métodos:** Estudio transversal, cuantitativo y analítico, realizado en los 184 municipios de Ceará con datos secundarios

[1] Universidade Federal do Ceará, Fortaleza - CE.

SUBMETIDO EM: 8/2025 | **ACEITO EM: 9/2025** | **PUBLICADO EM: 10/2025**

del IBGE y DATASUS (2019-2022). Se consideró el índice de Gini, la densidad demográfica, el tamaño de la población y la proporción de extracciones. El análisis se realizó en SPSS® 20.0, con las pruebas de Kruskal-Wallis y Kolmogorov-Smirnov ($p < 0,05$). **Resultados:** Hubo variaciones significativas en las extracciones dentales según el tamaño municipal, con énfasis en los grandes municipios y metrópolis, asociadas a mayores desigualdades sociales (alto índice de Gini). Las extracciones cayeron en 2020, con una recuperación paulatina hasta 2022, sin llegar a los niveles de 2019. En las consultas de mantenimiento, los municipios pequeños superaron valores prepandemia, mientras que los municipios medianos y grandes mostraron estabilización o crecimiento. La relación entre procedimientos individuales y extracciones varió según los tamaños, con una tendencia general a la baja en 2021 y una ligera recuperación en 2022.**Conclusión:** A pesar de la recuperación, los niveles de 2019 no se han recuperado por completo. Las variaciones temporales resaltan desigualdades estructurales en el acceso a los servicios, pero sin indicar diferencias significativas en el modelo de atención entre diferentes tamaños de población.

Palabras clave: Modelos de atención salud, Odontología, COVID-19.

INTRODUÇÃO

Historicamente, o modelo de atenção à saúde bucal no Brasil foi fortemente marcado por uma abordagem curativista, de base biologicista e compartimentalizada. Predominavam condutas mutiladoras, focadas em intervenções cirúrgico-reparadoras, geralmente desvinculadas do contexto socioeconômico e cultural dos indivíduos. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de seus princípios de universalidade, equidade e integralidade, e a posterior instauração de ações norteadoras voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças impulsionaram a transição para um modelo biopsicossocial de atenção (MALTA DC, et al., 2017; CAYETANO MH, et al., 2019).

A Atenção Primária à Saúde (APS), concebida na Conferência Internacional de Alma-Ata,1978, foi definida como o primeiro nível de contato dos indivíduos com o sistema de saúde, por meio de cuidados essenciais, contínuos e próximos da comunidade (OMS, 1978). Para Starfield B (2021), a APS constitui a base organizadora do sistema de saúde, orientando os demais níveis de atenção por meio do uso racional e coordenado de recursos básicos e especializados. Atua como porta de entrada preferencial do usuário, promovendo um cuidado contínuo, integral e centrado na pessoa ao longo do tempo.

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a APS é caracterizada pelo conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Visa, portanto, desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal forma de organização e implementação da APS. Criada inicialmente como programa em 1994, consolidou-se ao longo dos anos como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, com potencial caráter substitutivo das práticas convencionais (BRASIL, 2004; COSTA GD, et al., 2009). A instituição da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) em 2004, também conhecida como Brasil Sorridente, representou uma reorientação significativa das ações de saúde bucal no país. Fundamentada na vigilância em saúde, a política adotou como diretrizes o foco na família, a organização de linhas de cuidado e o planejamento das ações com base em dados epidemiológicos e nas especificidades territoriais. Além disso, a PNSB propõe o financiamento estruturado das ações e a definição de agendas de pesquisa sustentadas por evidências científicas (BRASIL, 2004)

O estado do Ceará destaca-se por sua trajetória pioneira na implementação de políticas públicas de saúde, marcada por uma forte tradição de descentralização e regionalização do SUS. Ainda na década de 1980, o estado lançou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (1986), que tinha como objetivo romper com o modelo tradicional, centrado na prática médica e biologicista. O trabalho desses agentes teve início em 1987, no contexto do Programa de Emergência, criado em resposta às secas no sertão.

Além disso, o Ceará foi precursor na implantação da ESF, em 1991, com o objetivo de ampliar a cobertura assistencial, promover o cuidado integral e estruturar a APS como principal porta de entrada do usuário no

SUS, fortalecendo a coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) (ÁVILA MMM, 2011; COSTA LA, et al., 2019).

Apesar dos avanços institucionais e da consolidação de políticas públicas voltadas à reorientação do modelo curativista para um cuidado integral e centrado na pessoa, ainda são observadas práticas clínicas que destoam das diretrizes contemporâneas da Atenção Primária à Saúde. Essas condutas, muitas vezes de caráter mutilador, podem gerar consequências psicológicas significativas, afetando a autoestima, a funcionalidade cotidiana e a qualidade de vida dos indivíduos. Diante disso, torna-se fundamental compreender como os usuários dos serviços públicos de saúde percebem o cuidado em saúde bucal, considerando seus aspectos subjetivos, sociais e culturais (BASTOS LMC, et al., 2024; FACCHINI LA ,et al., 2018).

A persistência dessas práticas no contexto da APS levanta questionamentos relevantes sobre a efetividade da implementação das políticas públicas, especialmente em estados com forte tradição em inovação sanitária, como o Ceará. Compreender esse cenário é fundamental para a qualificação das ações em saúde bucal e para o fortalecimento das diretrizes da APS e da PNSB.

A pandemia da COVID-19 provocou uma desestruturação abrupta das rotinas da APS, impactando diretamente a oferta e o acesso aos serviços de saúde bucal em todo o território nacional. A suspensão de atendimentos eletivos, a priorização de demandas emergenciais e o redirecionamento de recursos humanos e financeiros para o enfrentamento da crise sanitária comprometeram a continuidade do cuidado odontológico (SOUZA FS, et al., 2021).

No Ceará, tais efeitos foram especialmente relevantes, dado o alto grau de capilaridade da APS e o protagonismo histórico do estado na expansão da cobertura em saúde bucal (COSTA LA, et al., 2019). Diante desse contexto, este estudo teve a seguinte questão norteadora: Qual foi a quantidade de realização de exodontias na APS no estado do Ceará, entre os anos de 2019 e 2022, e de que maneira essa prática se associou a características socioeconômicas e populacionais dos municípios cearenses nos períodos pré, durante e pós-pandemia da COVID-19? Portanto, torna-se necessário analisar se as taxas de exodontia sofreram impactos nos períodos pré-pandemia, durante a pandemia e no cenário pós-pandêmico, considerando as permanências e rupturas nas práticas clínicas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico, com abordagem quantitativa, realizado no estado do Ceará. O estado se destaca historicamente por sua atuação pioneira na implementação de políticas públicas de APS, como o Programa ACS e a ESF, voltados à ampliação do acesso e à integralidade do cuidado (ÁVILA MMM, 2011; MENDES EV, 2011).

A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2023, com base em dados secundários de domínio público provenientes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (http://www.ibge.gov.br), do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (http://www.pnud.org.br), e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (http:///www.datasus.gov.br), abrangendo o período de 2019 a 2022 e todos os municípios do Ceará. As variáveis independentes consideradas foram: Dados acerca das exodontias no DATASUS, Índice de Gini e porte populacional coletados no IBGE.

Os municípios foram classificados por porte populacional, conforme critérios do IBGE, sendo estes até 20.000 habitantes, Pequeno 1; de 20.001 a 50.000 habitantes, porte Pequeno 2; com 50.001 até 100.000 habitantes, médio e entre 100.001 a 900.000 considerados como Grande/Metrópole. A variável dependente foi obtida nos bancos de dados do DATASUS. Esta foi a proporção de exodontias na dentição permanente em relação ao total de procedimentos clínicos odontológicos individuais (curativos e preventivos) da APS.

As exodontias foram divididas em: (1) exodontias de primeira consulta são aquelas realizadas no primeiro contato com o paciente, enquanto as (2) de retorno ocorrem em consultas subsequentes, após um plano de tratamento já iniciado. Já as exodontias de (3) manutenção são realizadas após a conclusão do tratamento

odontológico, como um critério de acompanhamento a fim de garantir a saúde bucal do indivíduo (BRASIL, 2018). O indicador utilizado para mensurar o grau de mutilação da assistência odontológica foi calculado pela razão entre o número de extrações dentárias (exodontia de dente permanente e múltipla com alveoloplastia por sextante) e o total de procedimentos odontológicos clínicos individuais (31 procedimentos clínicos) (BRASIL, 2013), posteriormente multiplicado por 100%.

Posteriormente, os dados foram consolidados e organizados em tabelas no programa Microsoft Excel® (Microsoft Corp., EUA), sendo, em seguida, exportados para o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®), versão 20.0, considerando-se um nível de confiança de 95% ($p < 0,05$). Para as análises estatísticas, as variáveis contínuas foram transformadas em variáveis qualitativas ordinais, utilizando-se critérios de categorização baseados em fontes oficiais. O porte populacional e índice de Gini na base do IBGE. A análise descritiva foi expressa por meio de média e desvio padrão. A verificação da normalidade dos dados foi realizada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Para comparação entre os grupos populacionais, aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis.

RESULTADOS

A **Tabela 1** apresenta as médias e os desvios padrão das exodontias realizadas em diferentes momentos do tratamento odontológico (primeira consulta, exodontia de retorno e de manutenção) nos municípios do estado do Ceará, segundo o porte populacional, entre os anos de 2019 e 2022.

Observou-se que, nas exodontias realizadas durante a primeira consulta e nos atendimentos de retorno, os municípios de todos os portes apresentaram um padrão semelhante: valores elevados no início da série histórica (2019), redução acentuada no período pandêmico (2020), seguida por aumento em 2021 e 2022. No entanto, os níveis registrados em 2022 não atingiram os patamares de 2019. Os resultados foram estatisticamente significativos ($p < 0,05$) para todos os portes, exceto para municípios de grande porte/metrópole nos atendimentos de retorno ($p = 0,127$).

Nas consultas de manutenção, observou-se uma redução em 2020, com aumento nos anos subsequentes, especialmente nos municípios de porte Pequeno 1 e Pequeno 2, cujos valores em 2022 superaram os de 2019. Nos municípios de médio porte, houve redução no ano de 2020, seguida de estabilização. Já nos municípios de grande porte, identificou-se crescimento contínuo dos valores ao longo do período. A significância estatística foi confirmada para os três primeiros grupos (Pequeno 1, Pequeno 2 e Médio), mas não para os de grande porte ($p = 0,100$).

Tabela 1 – Média e desvio padrão de exodontias em diferentes momentos do tratamento odontológico nos municípios do Ceará, segundo porte, 2019-2022.

Variáveis	Porte do município	2019	2020	2021	2022	p-Valor
Exodontia na 1a consulta odontológica	Pequeno 1	255,76±199,97	127,12±135,11	178,31±136,15	193,07±156,11	0,000*
	Pequeno 2	479,27±334,94	226,15±169,61	313,87±223,10	386,23±286,23	
	Médio/Grande	762,28±560,98	361,48±194,83	568,00±295,17	725,08±381,74	
	Metrópole	1886,50±1872,80	461,88±445,10	743,38±377,45	1301,25±975,46	0,026*
Exodontia na consulta de retorno	Pequeno 1	395,6±294,54	167,97±172,24	240,44±266,21	318,52±204,47	0,000*
	Pequeno 2	800,66±435,21	309,84±265,60	339,02±255,31	587,95±339,68	
	Médio	1233,56±882,02	497,80±421,26	671,76±458,99	1062,20±521,56	
	Grande/ Metrópole	3114,13±2839,51	784,50±583,86	1384,50±1073,35	2625,75±1917,12	0,127
Exodontia na consulta de manutenção	Pequeno 1	31,01±56,51	23,08±30,62	35,05±61,90	35,96±55,42	0,002*
	Pequeno 2	80,08±102,96	58,42±87,72	102,67±147,14	97,13±130,80	0,000*
	Médio	250,28±570,88	131,29±252,15	215,24±549,75	214,68±283,69	0,029*
	Grande/ Metrópole	819,25±1747,03	819,38±2150,01	1380,29±3101,70	1438,25±3276,96	0,100

Fonte: Simplício IMP, et al., 2025. Teste de Kruskal-Wallis.

A **Tabela 2** apresenta os valores médios e desvios padrão do índice de Gini e da razão entre procedimentos odontológicos individuais e exodontias, segundo o porte dos municípios cearenses, entre 2019

a 2022. As análises revelaram que, embora tenham sido observadas diferenças estatisticamente significativas ao longo do tempo dentro de cada grupo, os p-valores para comparação entre portes populacionais não foram significativos nos anos. Nos municípios de porte Pequeno 1, a razão entre procedimentos e exodontias aumentou em 2020, com posterior queda em 2021 e 2022.

Nos municípios de porte Pequeno 2 e Médio, os dados indicaram certa estabilidade nos dois primeiros anos, com redução nos anos seguintes, não retornando aos valores de 2019. Já nos municípios de grande porte, os valores permaneceram estáveis até 2020, com redução em 2021 e discreta recuperação em 2022, ainda abaixo do valor inicial.

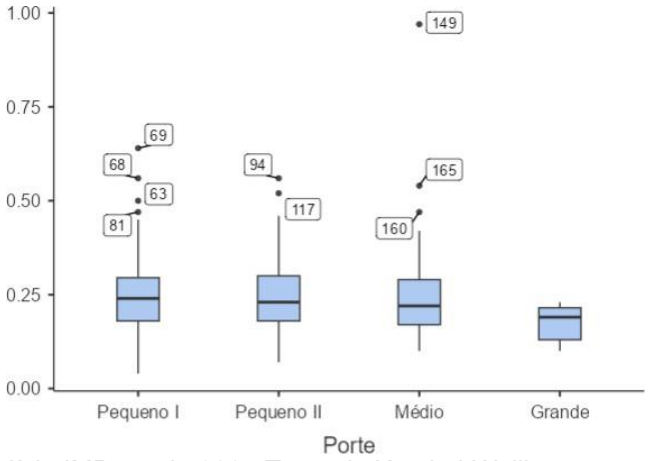
Tabela 2 – Índice de Gini e razão entre exodontias e procedimentos individuais nos municípios do Ceará, por porte populacional, 2019–2022.

Porte	Índice Gini	2019	2020	2021	2022	p-Valor
Pequeno 1	0,60±0,02	5,89±4,72	6,78±7,05	6,61±21,63	4,87±3,91	0,031*
Pequeno 2	0,62±0,02	5,46±2,66	5,65±3,32	4,45±2,75	4,74±2,62	0,004*
Médio	0,64±0,03	5,63±2,63	5,15±2,50	4,31±2,22	4,18±2,02	0,001*
Grande/Metrópole	0,69±0,03	6,97±2,78	6,74±1,71	4,39±1,90	5,98±2,38	0,048*
p-valor	**0,000***	**0,736**	**0,465**	**0,825**	**0,575**	*p<0.05

Fonte: Simplício IMP, et al., 2025. Teste de Kruskal-Wallis.

Quanto ao índice de Gini, observou-se que os municípios de maior porte apresentaram valores médios mais elevados analisados, evidenciando maior concentração de renda e maior desigualdade social. As cidades classificadas como Grande/Metrópole concentraram os maiores valores desse índice.

Gráfico 1 - Razão de exodontias por procedimentos individuais, segundo o Porte Municipal no Ceará (2019-2022).



Nota: p=0,232 **Fonte:** Simplício IMP, et al., 2025.Teste de Kruskal-Wallis.

O **Gráfico 1** evidenciou uma não significância (p=0,232) em relação ao indicador da razão de exodontias por procedimentos individuais, mostrando que os municípios independentemente do porte populacional apresentaram modelos de atenção similares durante o período estudado.

DISCUSSÃO

No presente estudo, nas exodontias realizadas na primeira consulta foi perceptível que em todos os portes de municípios cearenses houve uma redução durante a pandemia, seguido de um aumento ao final do período estudado, porém sem alcançar os valores iniciais. As exodontias nesse cenário são relacionadas com a avaliação e as condições de saúde iniciais a qual o paciente apresenta no consultório odontológico, seguido de uma execução do exame odontológico com o fito de planejamento terapêutico ao usuário (MENEZES LS, et al., 2021).

A redução inicial das exodontias na primeira consulta odontológica, durante o ano de 2020, pode ser justificada pela pandemia de COVID-19 e a restrição dos procedimentos eletivos, os quais segundo Danigno JF, et al. (2022), os procedimentos reduziram mais de 50% dos atendimentos realizados por cirurgiões-dentistas na APS, no Brasil.

Essa redução de procedimentos eletivos durante o período pandêmico foi confirmada pelo estudo de Sousa FS, et al. (2023), um estudo ecológico de série temporal interrompida realizado no Maranhão, o qual objetivou analisar os efeitos da pandemia de COVID-19 mediante a indicadores obtidos a partir da razão entre a quantidade de procedimentos preventivos; urgência e curativos sobre a projeção censitária da população do estado, demonstrando que a pandemia ocasionou de fato uma quedda signitivativa nos procedimentos preventivos e curativos de saúde bucal, porém, sem impacto no indicador relativo a urgências odontológicas.

O crescente número de exodontias nos municípios de Pequeno Porte 1 e 2 no ano de 2020, pode ser explicado em decorrência do isolamento imposto do país durante o ano pandêmico, diversas famílias não saíam de casa, buscando somente serviços essenciais, tendo então que adaptar rotinas profissionais e pessoais. Também houve uma implicação com a falta de cuidados com a higiene bucal, gerando assim um maior consumo de alimentos cariogênicos e tornando o meio bucal mais sugestivo para a doença cárie (MOTTA HM, et al., 2023).

Dessa maneira, com o aumento do surgimento das doenças periodontais, cariosas e até mesmo procedimentos endodônticos, é de aspecto cultural a decisão de exodontia como opção de tratamento, devido ao fato de ser um procedimento mais rápido, sendo costume de grande parcela da população ao buscar atendimento odontológico somente em casos de dor (CARLETTO AF e SANTOS FF, 2020).

Em relação às exodontias nas consultas de manutenção, se refere que este procedimento ocorreu após o paciente já concluir e retornar em um período menor que um ano, o provável aumento destas, após o período pandêmico pode simbolizar uma alta demanda reprimida, ocasionada pela restrição dos procedimentos, destes que antes poderiam ser solucionados de forma conservadora ou restauradora, mediante ao grande tempo de espera e filas, os prognósticos se tornaram piores, ocasionando exodontias e procedimentos de caráter mutilador (FREITAS DAS, et al., 2020).

O aumento de exodontias observado nas diferentes modaldiades de atendimento clínico odontológico durante o período pandêmico pode estar associado à perceção, por parte dos cirurgiões-dentistas, de que esse procedimento apresenta menor probabilidade de geraçãod e aerossóis de saliva. Diante desse cenário, a exodontia pode ser considerada uma alternativa mais viável para resolução imediata de urgências odontológicas, em comparação a outros procedimentos clínicos que, por sua vez, implicariam em maior dispersão de aerossóis, e, consequentemente, riscos mais elevados de contaminação (ARAÚJO BR, et al., 2024 e CHISINI LA, et al., 2021).

No presente estudo, foi comparado entre os municípios o índice de Gini, que quanto mais próximo de 1, simboliza a maior desigualdade socioeconômica. Neste estudo, foi observado que o porte que possuía maior valor neste indicador foi o Grande/Metrópole. Acrescenta-se que fatores socioeconômicos, em diversos estágios da vida, podem influenciar na perda dentária, visto que populações que são expostas à vulnerabilidade social, podendo ocasionar maior risco de perda de dentes em decorrência a cárie dentária (COSTA SM, et al., 2013; SEERING LM, et al., 2020).

No Brasil, nas circunstâncias de descentralização e municipalização em saúde, os municípios de Pequeno Porte possuem maior cobertura de APS, enquanto os de grande porte não, o que pode ocasionar dificuldades no acesso a serviços de saúde, incluindo os odontológicos (AGUIAR VR, et al., 2023). No presente estudo, foi perceptível que a Razão de Exodontias sobre Procedimentos Odontológicos Individuais em municípios de Grande/Metrópole reduziu durante o período pandêmico, aumentando em 2022, porém não retornou aos valores iniciais.

A Razão de Exodontias sobre Procedimentos Odontológicos Individuais foi notada que em alguns municípios cearenses, durante períodos pandêmicos, ou houve uma constância no indicador, ou uma

diminuição dessa proporção. O estudo realizado por Stein C, et al. (2020), contrapõe o que é identificado no presente artigo, pois observaram que, ao nível nacional, houve menores proporções de exodontias em relação ao total de procedimentos realizados, entretanto, faz-se necessário rever as particularidades contextuais de cada município (BRASIL, 2023). De acordo com a pesquisa com profissionais e pacientes, em Santa Catarina, os usuários buscaram com maior frequência a atenção especializada como alternativa de preencher as lacunas deixadas pela precariedade da organização da APS, o que não cumpre a organização das redes de atenção.

Essa situação culmina em uma demanda reprimida, acarretando para a Saúde Bucal, nos municípios de Grande Porte, uma constância desta proporção, com um decréscimo relevante em 2021 e, em seguida, em 2022, um aumento. Sugere-se que neste período houve esta alta dos números devido a um provável caso de demanda reprimida (CHÁVEZ GM, et al., 2020). No presente estudo, observou-se uma redução expressiva no número de exodontias nos anos de 2020 e 2021, seguida por um discreto aumento em 2022, embora sem o retorno aos valores iniciais. De forma semelhante, um estudo realizado em Piracicaba, São Paulo, analisou dois períodos, anterior à pandemia (fevereiro e março de 2020) e durante a pandemia (março e abril de 2020), e identificou uma redução de 51% nos atendimentos gerais. Especificamente em relação às exodontias, o percentual caiu de 14,7% para 8,9% (BADO FMR, et al., 2021).

De forma similar, um estudo em Canoas, Porto Alegre, realizou uma série temporal de procedimentos odontológicos do município, e concluiu que houve uma redução na média de exodontias realizadas no período de 10 anos, 2009 a 2018, não retornando a valores indicativos iniciais, tal redução comprovou aspectos de mudança de direcionamento do modelo de atenção e qualidade do atendimento na APS (ROSA CH, et al., 2022). Constata-se que no Ceará, destaca-se uma necessidade de melhora na cobertura de ESB e a importância da organização da RASB pela atenção básica de forma qualitativa e resolutiva, com isso os autores também relataram que há uma correlação negativa entre a proporção de exodontias e a cobertura de consultas odontológicas, ou seja, quanto maior a cobertura, menor a proporção de exodontias no município.

Dessa maneira, os estudos sugerem que uma maior oferta conjunta de serviços da atenção primária e secundária contribui para um melhor desempenho das RASB e consequentemente formando uma relação de integralidade do cuidado nas ações de saúde bucal, gerando menores resultados de exodontias em relação ao total de procedimentos ofertados à população (MENEZES LS, et al., 2021). Este estudo teve como limitação a utilização de dados secundários, que podem não refletir a realidade dos dados registrados pelos municípios cearenses. No entanto, tratam-se de dados obtidos de bases oficiais, que servem de parâmetro para avaliação, monitoramento, planejamento e repasse de recursos financeiros.

CONCLUSÃO

Portanto, é notório o impacto da pandemia da COVID-19 nas práticas de exodontia, com uma redução inicial, no momento pandêmico, seguido por aumento nos anos subsequentes, porém sem retorno aos níveis anteriores à pandemia. Ademais, apesar da presença dos diferentes portes populacionais dos municípios cearenses e suas diversidades socioeconômicas e individuais não foi notada diferença significativa no que tange ao modelo assistencial proposto por estes no período estudado.

REFERÊNCIAS

1. AGUIAR VR, et al. Quais aspectos influenciam a priorização da Atenção Primária à Saúde pelos gestores municipais do Rio Grande do Sul - Brasil?. Ciência & Saúde Coletiva, 2023; 28(1): 197-208.
2. ARAÚJO BR, et al. Efeito da pandemia da COVID-19 nos atendimentos e procedimentos odontológicos realizados em municípios de pequeno porte. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2024; 24(8): 1-11.
3. ÁVILA, MMM. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de uruburetama. Ciência & Saúde Coletiva, 2011; 16(1): 349-360.
4. BADO FMR, et al. Repercussões da epidemia de COVID-19 nos atendimentos odontológicos de urgência do Sistema Único de Saúde em Piracicaba, 2020. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2021; 30(4): 1-8.
5. BASTOS LMC, et al. Epidemiologia das perdas dentárias e expectativa de reposição protética em adultos e idosos. Revista Enfermagem Atual In Derme, 2024; 98(1): 1-15.

6. BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária. Brasília: CONASS, 2004; 76p. Disponível em :https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf /A-Atencao-Primaria-e- as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf.
7. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unic o_saude.pdf.
8. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Indicadores de Desempenho de Saúde Bucal. Portaria GM/MS nº 960. Brasília, 17 de julho de 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudeleg is/gm/2023 /prt0960_18_07_2023.html.
9. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm.
10. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://189.2 8.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf.
11. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – 2013/2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_diretrizes_objetivos_2013_2015_2edicao.pdf.
12. CARLETTO AF, SANTOS FF. A atuação do dentista de família na pandemia do Covid-19: o cenário do Rio de Janeiro. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 2020; 30(3): 1-10.
13. CAYETANO MH, et al. Política nacional de salud bucal brasileña (Brasil Sonriente): un rescate de la historia, el aprendizaje y el futuro para ser compartidos. Revista Universidad Odontológica, 2019; 38(80): 1- 24.
14. CHÁVEZ GM, et al. Theorizing demand by Family Health Strategy professionals and users: spontaneous, scheduled, suppressed. Texto & Contexto - Enfermagem, 2020; 29: 1-15.
15. CHISINI LA, et al. COVID-19 Pandemic impact on Brazil's Public Dental System. Brazilian Oral Research. 2021; 35.
16. COSTA GD, et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Revista Brasileira de Enfermagem, 2009; 62(1): 113-118.
17. COSTA LA, et al. Estratégia Saúde da Família rural: uma análise a partir da visão dos movimentos populares do Ceará. Saúde em Debate, 2019; 43(8): 36-49.
18. COSTA SM, et al. Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética. Ciência & Saúde Coletiva, 2013; 18(2): 461-470.
19. DANIGNO JF, et al. Fatores associados à redução de atendimentos odontológicos na Atenção Primária à Saúde no Brasil, com o surgimento da COVID-19: estudo transversal, 2020. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2022; 31(1): 1-10.
20. FACCHINI LA, et al. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. Saúde em Debate, 2018; 42(1): 208-223.
21. FREITAS DAS, et al. Análise das exodontias realizadas na atenção primária da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Arquivos em Odontologia, 2020; 56: 1-10.
22. MALTA DC, et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the national health survey in Brazil. Revista de Saúde Pública, 2017; 51(1): 1-10.
23. MENDES EV. As redes de atenção. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
24. MENEZES LS, et al. Estudo comparativo entre indicadores assistenciais de saúde bucal na Atenção Básica em Recife, Pernambuco. Saúde em Debate, 2021; 45(128): 152-163.
25. MOTTA HM, et al. Pediatric dentistry procedures performed within the Brazilian National Health System in the state of Rio Grande do Sul before and during the COVID-19 pandemic: difference between the years 2018 and 2021. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2023; 32(1): 1-9.
26. MS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. OMS. declaração de alma-ata. In: BRASIL.. Secretaria de Políticas de Saúde. 1978. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata, 1978.
27. ROSA CH, et al. Proporções de procedimentos odontológicos realizados no município de Canoas: um histórico de 10 anos. Aletheia, 2022; 55(1): 151-167.
28. SEERIG LM, et al. Acúmulo de risco decorrente da pobreza e perda dentária aos 31 anos, coorte de nascidos vivos de 1982, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 2020; 36(8): 1-12.
29. SOUSA FS, et al. Efeitos da pandemia de COVID-19 nos serviços odontológicos da atenção primária no Maranhão, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 2023; 28(12): 3587-3597.
30. STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, 2002; 710.
31. STEIN C, et al. Presença de Centros de Especialidades Odontológicas e sua relação com a realização de exodontias na rede de atenção de saúde bucal no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 2020; 36(1): 1-10.