


ANÁLISE DESCRITIVA DE INDICADORES SOCIOECONÔMICOS E DE SAÚDE BUCAL DAS UNIDADES FEDERATIVAS DA AMAZÔNIA LEGAL

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6231125260212>

Data de aceite: 13/05/2025

Mayra Emanuele Magalhães Alves

Universidade Federal do Pará Belém-PA
<https://orcid.org/0000-0001-5767-9251>

Gabriel Mácola de Almeida

Faculdade Integrada da Amazônia Belém-PA
<http://orcid.org/0000-0002-0618-829X>

Petra Blanco Lira Matos

Universidade Federal do Pará
Belém-PA
<http://orcid.org/0000-0001-6469-7570>

Raquel Rodrigues Bastos

Universidade do Estado do Pará Belém-PA
<http://orcid.org/0000-0001-8754-7727>

Camila de Paiva Rodrigues

Universidade Federal do Pará Ananindeua-PA
<https://orcid.org/0009-0001-7566-9863>

Maria Eugênia Figueredo

Santos Universidade Federal do Pará
Belém-PA
<https://orcid.org/0009-0007-4768-9502>

Mateus Dias Aranha

Universidade Federal do Pará Belém-PA
<https://orcid.org/0009-0004-5475-1595?lang=en>

Ana Carolina Moraes Costa

Universidade Federal do Pará Belém-PA
<https://orcid.org/0009-0002-7748-6136>

Davilyn Santos Oliveira dos Anjos

Universidade de Brasília
Brasília-DF
<https://orcid.org/0000-0001-5789-6731>

Liliane Silva do Nascimento

Universidade Federal do Pará
Belém-PA
<http://orcid.org/0000-0002-5943-6314>

RESUMO: **Introdução:** A partir do estabelecimento das Políticas de Saúde, torna-se indispensável à aplicação de mecanismos que possibilitem mensurar o impacto e eficácia das ações de saúde, por meio do monitoramento e avaliação de indicadores entre municípios. As metas e indicadores estabelecidos pelos pactos e programas de melhoria à saúde são previamente estabelecidos, porém, o Brasil é marcado por uma imensa territorialidade, gerando variação social, cultural, regional e econômica. **Objetivo:** Descrever os indicadores socioeconômicos e de saúde bucal da Amazônia Legal. **Métodos:** Estudo

longitudinal ecológico com bases populacionais de indicadores socioeconômicos e de saúde bucal nas nove Unidades Federativas que compõem a Amazônia Legal. **Resultados:** O IDH 2000 e 2010 apresentam inúmeras variações entre as Unidades Federativas. Para os indicadores de saúde bucal, os resultados apresentaram variações importantes para os períodos estudados, tanto na média entre as Unidades Federativas da Amazônia Legal, quanto nos valores específicos de cada variável. Os indicadores 24 e 25 do PIAB apresentaram o Maranhão como o estado que melhor se destacou nos resultados atingidos. Ao que se refere a transição Pacto pela Saúde e COAP a maior média alcançada foi no ano de 2009, enquanto o pior resultado foi de 2012. Já o Rol de Diretrizes obteve a menor média em 2011 e o maior resultado médio em 2015. **Conclusão:** Observaram-se discrepâncias nos resultados dos indicadores de saúde na Amazônia Legal, que não apresentou um crescente permanente, evidenciando a necessidade de melhorias e adequações aos serviços de saúde bucal ofertados na região.

PALAVRAS-CHAVE: Acesso à Informação; Indicadores Básicos de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Colaboração Intersetorial; Fatores socioeconômicos.

DESCRIPTIVE ANALYSIS OF SOCIOECONOMIC AND ORAL HEALTH INDICATORS OF THE FEDERATIVE UNITS OF THE LEGAL AMAZON

ABSTRACT: Introduction: After the establishment of Health Policies, it becomes essential to apply mechanisms that make it possible to measure the impact and effectiveness of health actions through the monitoring and evaluation of indicators between municipalities. The goals and indicators established by pacts and health improvement programs are previously established, however, Brazil is marked by immense territoriality, generating social, cultural, regional and economic variation. **Objective:** To describe the socioeconomic and oral health indicators of the Legal Amazon Region. **Methods:** Ecological longitudinal study with population bases of socioeconomic and oral health indicators in the nine Federative Units that make up the Legal Amazon. **Results:** The 2000 and 2010 HDI present numerous variations between the Federative Units. For oral health indicators, the results showed important variations for the periods studied, both in the average between the Federative Units of the Legal Amazon and in the specific values of each variable. PIAB indicators 24 and 25 presented Maranhão as the state that stood out best in terms of the results achieved. Regarding the Pact for Health and COAP transition, the highest average achieved was in 2009, while the worst result was in 2012. The List of Guidelines obtained the lowest average in 2011 and the highest average result in 2015. **Conclusion:** Discrepancies were observed in the results of health indicators in the Legal Amazon, which did not show a permanent increase, highlighting the need for improvements and adjustments to the oral health services offered in the region.

KEYWORDS: Access to Information; Health Status Indicators; Primary Health Care; Intersectoral Collaboration; Socioeconomic Factors.

INTRODUÇÃO

As preocupações com a saúde bucal são registradas há séculos, inicialmente exercida de maneira primitiva e pouco científica. Políticas de Saúde Bucal eram praticamente inexistentes, e a população procurava auxílio de médicos, barbeiros e curandeiros para sanar as dores e patologias. O embrião de investimentos na saúde bucal brasileira teve início com a chegada da Família Real ao Brasil, a princípio restrita às Forças Armadas até o fim do século XIX (SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013; PEREIRA, 2012).

As Políticas de Saúde Bucal, ainda em meados de 1940, baseavam-se em uma odontologia de consultório, ou seja, não haviam programas que visassem a prevenção de doenças orais. O foco estava voltado somente no atendimento imediato (NARVAI, 2006).

A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1986, precursora da I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) ministrada em setembro do mesmo ano, abordou-se como pauta principal a necessidade da formulação de uma Política Nacional de Saúde Bucal que solucionasse os problemas de saúde bucal das populações (SILVESTRE; AGUIAR; TEIXEIRA, 2013).

Por meio disso, incluiu-se os cuidados à saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de garantir o cumprimento das diretrizes de universalidade, equidade e integralidade também no âmbito odontológico (NARVAI; FRAZÃO, 2009). Ademais, o Piso de Atenção Básica (PAB) foi finalmente instituído em 1998 e, constituiu-se por meio de transferência mensal de valores fixos de acordo com a quantidade de habitantes no município, além de receber um valor variável que seria ofertado a partir da implementação de estratégias e programas de saúde, conforme as necessidades municipais (NARVAI; FRAZÃO, 2009).

Apesar das novas estratégias empregadas, a exclusão social, desigualdades regionais e socioeconômicas ainda possuíam imenso efeito na qualidade de vida e saúde das populações. As inúmeras iniquidades estão amplamente relacionadas com as causas de doenças e agravos em saúde bucal, na qual destaca-se a cárie dentária e doença periodontal (FISCHER, 2008). A fim de mitigar as iniquidades, planejou-se em 2004 as diretrizes que norteariam a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) - Programa Brasil Sorridente, para promover e garantir ações de prevenção, promoção e restauração da saúde bucal, já que está diretamente relacionada com a qualidade de vida. O principal foco da nova política é ofertar acesso à atendimentos odontológicos em todas as idades por meio do SUS, além de acompanhar o impacto das ações por meio dos indicadores de saúde bucal adequados que possibilitem a tomada de decisões para a melhoria dos programas de saúde (BRASIL, 2004). Torna-se, portanto, indispensável a aplicação de mecanismos que possibilitem mensurar o impacto e eficácia da nova política, por meio do monitoramento e avaliação em saúde (FRANÇA et al., 2020; SOUSA, 2018). Sendo assim, regulamenta-se o Pacto de Indicadores da Atenção Básica (PIAB) por meio da Portaria nº 493 de 13 de

Março de 2006 (BRASIL, 2006) que determina a pactuação de indicadores entre municípios, estados e esfera federal. O PIAB visa a melhoria no desempenho dos serviços na Atenção Primária e saúde da população (ARAÚJO; MACHADO, 2018).

Já em 2009 institui-se um novo mecanismo de monitoramento, o Pacto pela Saúde que foca nas prioridades que impactam nas condições de saúde da população. Somente em 2010 através da Portaria nº 3840 a saúde bucal é incluída na avaliação do Pacto pela Saúde e estabelece as metas para o ano seguinte (BRASIL, 2010). Com a Portaria nº 1654 de 2011 designa-se no SUS o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) com o objetivo de ampliar o acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Primária, além de garantir maior transparência e consistência das ações governamentais direcionadas à Atenção Primária em Saúde (BRASIL, 2011).

Em 2012 é produzida a Resolução nº 4 (BRASIL, 2012) a fim de iniciar o processo de Transição Pacto pela Saúde e Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), na qual dispõe as responsabilidades sanitárias do SUS. Posteriormente, a Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº5 de Junho de 2013, a fim de equilibrar o processo de construção dos instrumentos de planejamento e a pactuação de indicadores para fortalecimento do SUS, estabelece o Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para o período de 2013-2015 (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013).

As metas e indicadores estabelecidos pelos pactos e programas de melhoria à saúde são previamente estabelecidos com um acordo tripartite. No entanto, o Brasil é marcado por uma imensa territorialidade (IBGE, 2022) o que permite uma imensa variação social, cultural, regional e econômica.

A utilização, acesso e desempenho dos serviços de saúde bucal apresentam limitações. Em virtude disso, este artigo busca discorrer sobre os indicadores socioeconômicos e de saúde bucal da Amazônia Legal (IBGE, 2022), que conta com nove Unidades Federativas e perpassa por três regiões brasileiras (Norte, Nordeste e Centro-Oeste), a fim de compreender a variação desses indicadores.

MÉTODOS

A pesquisa desenvolvida trata-se de um estudo longitudinal ecológico, no qual utilizaram-se dados de bases populacionais por meio de indicadores socioeconômicos, neste caso, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) nas Unidades Federativas (UFs) que compõem a Amazônia Legal: Pará, Amapá, Maranhão, Tocantins, Amazonas, Roraima, Rondônia, Acre e Mato Grosso (IBGE, 2022) (N=9).

Os IDHs utilizados foram dos anos 2000 e 2010, retirados do site do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). A escolha do IDH como indicador socioeconômico deve-se aos três pilares que o constituem: longevidade (saúde), educação e renda (PNUD).

Os indicadores de saúde bucal são provenientes dos programas governamentais e são instrumentos nacionais de monitoramento e avaliação em serviços e ações em saúde bucal. Os indicadores de saúde bucal definidos pelo Pacto dos Indicadores da Atenção Básica (PIAB) (BRASIL, 2006) de 2006 e incluídos nesta pesquisa foram:

Indicador 24 - Cobertura de primeira consulta odontológica programática, ou seja, o percentual de indivíduos que obtiveram a primeira consulta odontológica programática por meio do SUS.

Indicador 25 - Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada, o percentual de indivíduos presentes na ação coletiva escovação dental supervisionada; Indicador 26 - Média de procedimentos odontológicos básicos individuais, relaciona-se a média de procedimentos odontológicos básicos, clínicos ou cirúrgicos realizados por cada indivíduo através do SUS;

Indicador 27 - Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais;

Indicador 28 - Proporção de população coberta pelo Programa Saúde da Família (PSF).

Já os indicadores definidos pelo Pacto Pela Saúde de 2010/2011 (BRASIL, 2010) foram:

Indicador 42 - Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada; Indicador 41 - Cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia Saúde da Família (ESF);

Indicador 17 - Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família.

Quanto aos indicadores utilizados para a Transição Pacto Pela Saúde e COAP 2012 (BRASIL, 2012), estão incluídos:

Indicador 1 - Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada; Indicador 4 - Cobertura populacional estimada pelas Equipes de Saúde Bucal; Indicador 3 - Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica.

Para o Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores de 2013 a 2015 (BRASIL, 2013) foram selecionados os seguintes indicadores:

Indicador 4 - Cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal; Indicador 5 - Média de escovação dental supervisionada;

Indicador 1 - Cobertura populacional estimada pela Estratégia Saúde da Família.

Além disso, utilizou-se os dados referentes ao 3º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2011; SILVA; GRAZIANI; DITTERICH, 2020):

Indicador 1.6 - Cobertura de primeira consulta Odontológica Programática; Indicador 3.2 - Razão entre tratamentos concluídos e primeira consulta odontológica programática;

Indicador 4.2 - Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal.

As informações referentes aos indicadores de saúde bucal foram mineradas dos bancos de dados do Ministério da Saúde, por meio do DATASUS. A coleta de dados foi

realizada acessando <http://datasus.saude.gov.br/> e, posteriormente, seguindo estes passos: Acesso à Informação, TABNET, Indicadores de Saúde. Já os dados referentes ao PMAQ 3º ciclo, foram minerados do site da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, disponível em:

<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/#tab8>.

Após a coleta de dados, os mesmos foram dispostos e organizados em planilha no *Software Microsoft Windows Excel* versão 1808 *Professional Plus* 2019 com as informações dos indicadores de saúde bucal e indicadores socioeconômicos, para favorecer as análises das UFs da Amazônia Legal. Para manipulação e análise dessas informações, utilizou-se a plataforma de *Software* estatístico licenciado *IBM Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 25.0, o qual realizou o tratamento da análise descritiva com os resultados expostos em tabelas em valores máximo e mínimo dos indicadores, bem como a média e desvio padrão.

Devido à natureza descritiva de dados secundários deste estudo e o não envolvimento de seres humanos, este manuscrito é isento de submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP/CONEP), seguindo as diretrizes estabelecidas nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

IDH

Nas análises realizadas das UFs pertencentes a Amazônia Legal, o indicador socioeconômico IDH do ano 2000 obteve uma média de 0,54 (DP=0,042), sendo o Mato Grosso com uma máxima de 0,60 e o Maranhão com mínima de 0,47. Para o ano de 2010 a média obteve um crescimento de 0,14, ou seja, atingiu o resultado de 0,68 (DP=0,02). Os valores de mínima (0,63) e máxima (0,72) também cresceram.

Indicador/Ano		n
IDH - 2010	Mínimo	0,63
	Máximo	0,72
	Médio	0,68
	Desvio	
	Padrão	0,02

Fonte: do autor

Tabela 1. Estatística descritiva do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) referente às Unidades Federativas da Amazônia Legal. 2023.

PIAB

O indicador 24 do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica dos anos 2006 e 2007 demonstrou que houve um crescimento de 0,25 na média, sendo que 2006 obteve 11,78 (DP=3,60), sendo Rondônia o estado de menor valor com 6,55 e o Maranhão com o valor máximo com 17,98. Enquanto em 2007 o valor médio foi de 12,03 (DP=4,02), mantendo Rondônia com a mínima de 6,78 e o Maranhão com a máxima de 18,18.

De acordo com as análises descritivas o Indicador 25 de Cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada atingiu um aumento de 0,09 no valor médio entre os anos de 2006 e 2007. Para 2006 a média foi de 1,72 com desvio padrão de 1,55, com a UF Maranhão destacada com o máximo de 4,03 e Roraima com a mínima de 0,14. Já em 2007, a média subiu para 1,81 (DP=1,57), no entanto manteve o Maranhão com o valor máximo (4,14) entre as Unidades Federativas e Roraima com a mínima (0,41).

O indicador 26 de Média de procedimentos odontológicos básicos individuais presente no PIAB conta com dados dos anos de 2000 a 2007, em que a menor média alcançada foi no ano 2000 com um valor de 0,38 (DP=0,19) com variações nos anos subsequentes e com maior média em 2007 sendo 0,51 com desvio padrão de 0,19. Entre os anos 2000 e 2003 os estados do Amapá e Mato Grosso, destacaram-se com os resultados mínimo e máximo, respectivamente.

A partir de 2004 essa configuração sofreu alterações em que o Amapá se manteve com os menores resultados até 2007. Em 2004 o valor mínimo foi de 0,17 para o Amapá e máximo de 0,56 para o Tocantins. Já em 2005 Amapá manteve-se com o menor indicador além de obter diminuição no resultado, para 0,16, quando comparado com o ano anterior, enquanto Rondônia alcançou o valor máximo de 0,66 entre os 9 estados.

Quando observado o comportamento do indicador 27 de Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais houve aumento no valor dos resultados, tendo em vista que o indicador dispõe de dados dos anos 2000 a 2007. A menor média encontrada entre essa variação temporal foi em 2002, com 5,15 (DP3,05) e a melhor média alcançada é de 12,44 (17,48) 2007, demonstrando uma possível melhora nos resultados do indicador. Roraima apresentou-se como a UF que atingiu o maior resultado no indicador com o valor máximo, entre os estados da Amazônia Legal, de 57,82.

Observou-se no indicador 28 de Proporção da população coberta pelo Programa Saúde da Família do PIAB, que conta com resultados dos anos 2000 a 2007, a média resultante dos 9 estados da Amazônia Legal obteve um crescimento gradativo no decorrer dos anos, como apresentado na tabela 2, em que a menor média foi de 14,60 (DP=11,24) no ano 2000 e 54,09 (DP=16,38) em 2007. O maior resultado do indicador foi alcançado em 2006 pelo estado de Tocantins com um valor de 78,46, sendo que o menor valor de 5,47 foi no ano 2000 no Amazonas.

			Ano							
			2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Pacto da Atenção Básica	INDICADOR 24	Mínimo	-	-	-	-	-	-	6.55	6.78
		Máximo	-	-	-	-	-	-	17.98	18.18
		Médio	-	-	-	-	-	-	11.78	12.03
		Desvio Padrão	-	-	-	-	-	-	3.6	4.023
	INDICADOR 25	Mínimo	-	-	-	-	-	-	0.14	0.41
		Máximo	-	-	-	-	-	-	4.03	4.14
		Médio	-	-	-	-	-	-	1.72	1.81
		Desvio Padrão	-	-	-	-	-	-	1.55	1.57
	INDICADOR 26	Mínimo	0.18	0.17	0.12	0.16	0.17	0.16	0.15	0.13
		Máximo	0.8	0.76	0.7	0.65	0.56	0.66	0.73	0.7
		Médio	0.38	0.42	0.45	0.46	0.43	0.48	0.48	0.51
		Desvio Padrão	0.19	0.18	0.19	0.15	0.11	0.16	0.17	0.19
	INDICADOR 27	Mínimo	0.69	0.82	0.95	1.14	0.97	0.79	3.09	3.5
		Máximo	14.78	13.02	11.98	21.12	14.71	14.03	21.96	57.82
		Médio	5.61	5.47	5.15	6.47	6.07	5.93	7.85	12.44
		Desvio Padrão	4.26	4.09	3.05	6.32	4.97	4.89	6.5	17.48
	INDICADOR 28	Mínimo	5.47	13.56	15.44	17.2	20.31	21.64	26.99	32.36
		Máximo	38.95	46.03	58.29	61.72	70.38	73.73	78.46	75.63
		Médio	14.6	24.81	34.23	37.76	41.57	47.23	51.79	54.09
		Desvio Padrão	11.24	11.16	14.39	15.49	18.03	17.12	18.12	16.38
			2007	2008	2009	2010	2011	-	-	-
Pacto pela Saúde	INDICADOR 17	Mínimo	33.29	35.14	40.48	44.85	36.3	-	-	-
		Máximo	76.54	81.28	87.09	85.06	82.73	-	-	-
		Médio	55.85	61.1	62.01	62.5	58.36	-	-	-
		Desvio Padrão	16.58	15.48	15.35	14.06	15.24	-	-	-
	INDICADOR 41	Mínimo	12.15	16.09	19.26	22.6	24.17	-	-	-
		Máximo	54.45	59.3	70.67	75.37	71.99	-	-	-
		Médio	33.92	37.37	42.96	44.24	42.99	-	-	-
		Desvio Padrão	13.61	13.63	16.41	16.65	14.66	-	-	-
	INDICADOR 42	Mínimo	-	0.25	0.46	0.29	0.09	-	-	-
		Máximo	-	3.72	5.84	3.71	5.59	-	-	-
		Médio	-	1.8	2.46	1.8	2.17	-	-	-
		Desvio Padrão	-	1.44	2.11	1.37	1.78	-	-	-
			2008	2009	2010	2011	2012	-	-	-
Transição Pacto pela Saúde e Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde	INDICADOR 1	Mínimo	0.25	0.46	0.29	0.02	0.04	-	-	-
		Máximo	3.72	5.84	3.71	5.59	3.9	-	-	-
		Médio	1.8	2.46	1.8	2.15	1.63	-	-	-
		Desvio Padrão	1.44	2.11	1.37	1.81	1.35	-	-	-
	INDICADOR 3	Mínimo	38.25	40.8	41.62	42.03	42.42	-	-	-
		Máximo	75.19	83.31	86.05	81.79	77.75	-	-	-
		Médio	62.06	65.27	65.55	61.74	62.24	-	-	-
		Desvio Padrão	12.44	13.2	13.5	12.13	11.98	-	-	-
	INDICADOR 4	Mínimo	25.76	28.2	30.2	31.8	32.77	-	-	-
		Máximo	67.78	78.3	79.15	76.09	77.77	-	-	-
		Médio	47.92	53.18	52.96	51.99	52.28	-	-	-
		Desvio Padrão	14.36	16.75	16.06	13.85	14.31	-	-	-
			2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores	INDICADOR 1	Mínimo	44	46.78	46.93	46.52	46.61	48.78	53.7	58.03
		Máximo	88.33	86.19	88.98	83.71	82.52	85.43	91.87	91.57
		Médio	68.64	71.13	70.97	66.56	67.17	67.3	77.14	77.98
		Desvio Padrão	13.37	12.78	13.54	11.9	11.92	13.67	12.86	10.99
	INDICADOR 4	Mínimo	28.34	30.46	32.28	33.24	34.94	36.18	39.02	39.24
		Máximo	75.42	80.76	81.16	78.27	78.59	80.01	80.97	81.33
		Médio	52.05	55.23	55.53	54.05	54.78	54.8	55.76	54.68
		Desvio Padrão	16.23	16.6	15.85	14.05	14.2	13.88	12.77	13.33
	INDICADOR 5	Mínimo	0.25	0.46	0.29	0.08	0.04	0.07	0.04	0.04
		Máximo	3.72	5.82	3.77	5.59	3.97	6.69	4.5	4.45
		Médio	1.81	2.45	1.81	2.16	1.64	1.88	1.77	1.64
		Desvio Padrão	1.44	2.11	1.38	1.78	1.37	2.07	1.5	1.55

Tabela 2. Estatística descritiva das variáveis de saúde bucal do Pacto de Indicadores da Atenção Básica (PIAB), Pacto pela Saúde (PS), transição Pacto pela Saúde e Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) e Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (ROL DOMI). 2023.

Fonte: do autor

PS

A Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada, indicador 42 do Pacto pela Saúde apresenta dados dos anos 2008, 2009, 2010 e 2011. Analisou-se que o indicador obteve um aumento nas médias entre os anos de 2008 com valor de 1,80 e 2009 com 2,46, no entanto apresentou um decréscimo nos resultados a partir de 2010.

Para o indicador 41 de Cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde da Família tem-se os anos de 2007 a 2011 em que a menor média dos indicadores atingida foi no ano de 2007 com 33,92 (DP=13,61) e em 2010 foi alcançado o maior valor médio de 44,24 (DP=16,65) o que assinala para uma alta nos resultados do indicador (tabela 2). Já em 2011 a média declina para 42,99, ou seja, diferença de 1,25 comparado com o ano anterior.

O indicador 17 de Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família conta com informações desde 2007 até 2011, o qual apresentou menor média do indicador no ano de 2007 com resultado de 55,85 (DP=16,58) e maior média em 2010 com 62,50 (DP=14,06), ou seja, crescimento de 6,65. Já em 2011 o valor médio caiu em 4,14 chegando a 58,36 (DP=15,24). O resultado máximo atingido pelo indicador foi de 87,09 protagonizado pelo Tocantins.

PS/COAP

Na Transição Pacto pela Saúde e COAP o indicador 1 de Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada apresenta dados referentes aos anos 2008, 2009, 2010, 2011 e 2012. No que tange às UFs da Amazônia Legal a maior média do indicador foi atingida em 2009 com resultado de 2,46 e desvio padrão de 2,11, enquanto a menor 12-320, média apresentada em 2012 com 1,63 e desvio padrão de 1,35, sendo assim o indicador apresentou declínio nos produtos.

Notou-se que o indicador 4 de Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal apresentou dados no período de 2008 a 2012 e elevou a média do indicador de 47,92 em 2008 para 53,18 em 2009. Posteriormente em 2010 os valores voltaram a diminuir para 52,96 e até 51,99 em 2011.

Já na análise acerca do indicador 3 de Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica da Transição Pacto pela Saúde e COAP entre os anos 2008 e 2012 houve uma enorme variação na média do indicador. O maior resultado médio atingido no ano de 2010 com 65,55 (DP=13,50) e entre os valores do indicador o mais elevado também em 2010 com resultado de 86,05 da UF Tocantins.

ROL D. O. M. I.

Examinou-se os dados do indicador 1 de Cobertura populacional estimada pela Estratégia Saúde da Família do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, o qual apresenta dados referentes aos anos de 2008 a 2015. Em 2008, o indicador atingiu o valor médio das 9 UFs de 68,64 e cresceu em 2009 para 71,13 e em 2011 alcançou a menor média 66,56 (DP=11,90). A partir de 2012 a média do indicador voltou a crescer e chegou ao maior valor médio em 2015 com resultado de 77,98 (DP=10,99). Dentre os estados da Amazônia Legal, o Acre conseguiu o maior resultado do indicador, sendo de 91,87 em 2014.

Já o indicador 4 da Cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores apresentou informações de 2008 a 2015. Por meio das análises descritivas desse indicador percebeu-se que a menor média alcançada foi em 2008 com o valor de 52,05 (DP=16,23) e a maior média em 2014 com valor de 55,76 (DP=12,77) o que indicou aumento de 3,71 nos resultados do indicador.

O indicador 5 da Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada apresentou informações de 2008 a 2015. As variáveis demonstraram que a média dos resultados atingidos pelo indicador foi menor em 2012 com valor de 1,64 e mais elevada em 2009 com resultado de 2,45 o que aponta declínio no indicador.

PMAQ 3

Os indicadores do PMAQ-AB 3º Ciclo apresentaram variações quanto aos estados da Amazônia Legal. O indicador 1.6 que se refere a Cobertura de primeira consulta odontológica programática obteve o valor médio de 3,49 com desvio padrão de 0,82. Dentre as UFs da Amazônia Legal o Pará alcançou o máximo valor

(5) com relação aos demais estados e Roraima atingiu o valor mínimo de 2,47.

Já o indicador 3.2 da Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas a média foi de 0,42 (DP=0,13), tendo o Acre totalizado o valor máximo de 0,60 (tabela 3) e Roraima o mínimo de 0,26. Quanto ao indicador 4.2 que se refere ao Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal a média entre as 9 UFs estudadas foi de 56,23 (DP=7,18) em que o máximo resultado de 64,9 é de Tocantins e o mínimo de 45,8 do Amapá.

Indicador	n	
INDICADOR 1.6	Mínimo	2,47
	Máximo	5
	Médio	3,49
	Desvio Padrão	0,82
INDICADOR 3.2	Mínimo	0,26
	Máximo	0,6
	Médio	0,42
	Desvio Padrão	0,13
INDICADOR 4.2	Mínimo	45,8
	Máximo	64,9
	Médio	56,23
	Desvio Padrão	7,18

Fonte: do autor

Tabela 3. Análises Descritivas dos Indicadores 1.6, 3.2 e 4.2 do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) 3º Ciclo. 2023.

DISCUSSÃO

A Amazônia Legal foi instituída por lei em 1953 (BRASIL, 1953), a fim de definir os limites geopolíticos para que políticas de desenvolvimento fossem promovidas. As delimitações territoriais da Amazônia Legal foram sendo expandidas por meio da Sudam (Superintendência de Desenvolvimento da Amazônia), na qual ocupa 5.015.067,748km², o que corresponde a 58,9% do território brasileiro. É composta por 9 estados e 772 (IBGE, 2022) municípios com particularidades e características próprias. Sendo assim, não se pode inferir como iguais os estados, mesmo que participem da mesma região.

As ações de cuidado em saúde bucal precisam balizar-se nos princípios do SUS, além de uma gestão participativa e profissionais responsáveis. A saúde bucal compõe de maneira indissolúvel a saúde geral, sendo fundamental reconhecer as peculiaridades e características epidemiológicas da população e das condições sociais e econômicas em que estão inseridas.

O PIAB (MEDINA, 2002) surge após a implementação do Piso de Atenção Básica, a partir da necessidade do Ministério da Saúde verificar como o financiamento destinado à estados e municípios estavam sendo utilizados em ações e serviços de saúde. Nesse contexto, os indicadores de processo passaram a ser indicadores de resultados. Em uma pesquisa realizada por Bastos em 2008 (BASTOS, 2008), foram avaliados os resultados do PIAB obtido pelos estados do Amapá, Maranhão e Rio de Janeiro, na qual observou-se subutilização do Pacto da Atenção Básica como mecanismo de melhoria nos serviços e de saúde da atenção primária, resultados observados na saúde da população.

De acordo com o estudo de Bastos (BASTOS, 2008), ao verificar o componente de articulação e mobilização o estado do Maranhão foi classificado como totalmente implementado, em contrapartida Amapá e Rio de Janeiro foram parcialmente implementados. Tais resultados corroboram com os valores encontrados no indicador 24 do PIAB em 2006, em que, entre os estados que compõem a região da Amazônia Legal o Maranhão apresentou o melhor valor (17,98). Na pesquisa de Bastos, no que se refere a produção de informação, monitoramento e avaliação, não houve implementação em nenhum dos três estados investigados.

Segundo estudo realizado por Bueno 2014 (BUENO et al., 2014) ao verificar a relação entre a saúde bucal com as condições sociais e políticas públicas entre 27 capitais brasileiras concluiu que as iniquidades regionais foram elucidadas, visto que os melhores desempenhos encontrados foram para capitais do Sul e Sudeste, enquanto o pior desempenho foi na região Norte.

Em contraposição a Bueno, Fernandes 2016 (FERNANDES et al., 2016), demonstra em um estudo longitudinal ecológico que utilizou 9 UFs de diferentes regiões brasileiras, e verificou o resultado dos indicadores de saúde bucal do PIAB, Pacto pela Saúde e transição Pacto pela Saúde e COAP se possuíam melhores percentuais nos melhores IDHs e concluiu que há uma tendência pró-equidade para os indicadores de oportunidade de acesso à Atenção Primária, no entanto para indicadores de uso de serviços parece haver maiores iniquidades. Essa disparidade demonstra o hiato nas políticas de saúde, o que ao verificar os resultados das análises descritivas dos indicadores, pode comprovar a grande variação nos resultados alcançados ao longo dos anos.

Para França 2020 (FRANÇA et al., 2020), os indicadores do Pacto pela Saúde entre 2007 e 2001 foram extremamente importantes para avaliar os serviços de saúde bucal, o que permitiu avaliar o acesso aos serviços e as ações realizadas. Porém, incluir os indicadores de saúde bucal no Pacto pela Saúde apenas em 2010 pode ter afetado de maneira negativa os resultados dos indicadores.

Com base em experiências relatadas acerca do primeiro ciclo do PMAQ-AB no estado do Amazonas, a baixa cobertura dos serviços de saúde bucal nas comunidades ribeirinhas deve-se à dificuldade de acesso devido à locomoção restringir-se ao uso de barcos o que provoca maiores demandas financeiras e de profissionais (GARNELO et al., 2014). Essa característica explicaria a variação nos resultados apresentados pelos indicadores do terceiro ciclo do PMAQ-AB, visto que as dificuldades de locomoção permanecem devido à grande territorialidade da região.

Uma pesquisa realizada no Oeste paraense sobre o 2º ciclo do PMAQ demonstrou que os municípios estudados apresentavam menos da metade (50%) das equipes participando do programa, enquanto 4 municípios estudados não chegaram a aderir o PMAQ (SILVA et al., 2019). Tal comportamento possibilita questionamentos sobre o desempenho do Pará no terceiro ciclo do PMAQ, quando este atingiu o máximo valor entre os estados da Amazônia Legal quando analisado o indicador 1.6 de Cobertura de primeira consulta Odontológica Programática.

CONCLUSÃO

Nas análises realizadas das UF's pertencentes a Amazônia Legal, o indicador socioeconômico IDHM do ano de 2010 a média obteve um crescimento de 0,14, ou seja, atingiu o resultado de 0,68 (DP=0,02). Os valores de mínima (0,63) e máxima (0,72) também cresceram. No PIAB os indicadores 24 e 25 o Maranhão foi o estado que melhor se destacou nos resultados atingidos. Ao que se refere a transição Pacto pela Saúde e COAP a maior média alcançada foi no ano de 2009, enquanto o pior resultado foi de 2012. Já o Rol de Diretrizes obteve a menor média em 2011 (66,56) e o maior resultado médio em 2015 (77,98). Com relação ao 3º Ciclo do PMAQ houve modificações entre os estados com melhores e piores resultados de acordo com o indicador estudado, com os estados do Pará, Acre e Tocantins com os melhores resultados médios.

Estudos no que se refere à avaliação e monitoramento das ações e serviços prestados no âmbito da Atenção Primária em Saúde fazem-se indispensáveis para o desenvolvimento de subsídios que analisem os benefícios, dificuldades e potenciais das políticas de saúde sustentadas e respaldadas pelo SUS. Esta pesquisa permitiu verificar as variações ocorridas ao longo dos anos no que tange os indicadores de saúde bucal nas Unidades Federativas que compõem a Amazônia Legal e verificar a evolução desses indicadores.

Em que pese a territorialidade, as limitações de acesso aos serviços de saúde, as particularidades e iniquidades características de cada estado fica claro que mudanças abruptas ocorridas nos resultados apontados pelos indicadores precisam ser investigadas, considerando densidade demográfica, índice de desenvolvimento humano e fatores que influenciam diretamente no desempenho das equipes de saúde.

Por meio disso, haverá possibilidade de manter uma linha crescente nos resultados apresentados pelos indicadores de maneira a reduzir, significativamente, as iniquidades que assolam a população não somente no âmbito da saúde bucal. Manter o diálogo entre as esferas governamentais, que possibilitem a tomada de decisões assertivas para a melhoria da saúde das populações.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Iracema de Oliveira Torres; MACHADO, Fernanda Cristina Araújo. Evolução temporal de indicadores de saúde bucal em municípios do Rio Grande do Norte. **Revista Ciência Plural**, p. 73–86, 2018.

BASTOS, Maria das Mercês do Amaral. Avaliação da implementação do pacto de indicadores da atenção básica em Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil. **Rio de Janeiro: Repositório Institucional da Fiocruz**, 2008.

BRASIL. **Lei nº 1.806, de 6 de janeiro de 1953**. Dispõe sobre o Plano de Valorização Econômica da Amazônia, cria a superintendência da sua execução e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1953. p. 276.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.840, de 7 de dezembro de 2010**. Inclui a Saúde Bucal no Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, e estabelece as diretrizes, orientações e prazos do processo de ajuste de metas para o ano de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 493, de 13 de março de 2006**. Regulamenta o Pacto de Indicadores da Atenção Básica (PIAB) e determina a pactuação de indicadores entre municípios, estados e esfera federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 4, de 19 de julho de 2012**. Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do SUS, para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do COAP. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 5, de 19 de junho de 2013**. Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013–2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013–2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. v. 1.

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

BUENO, Renata Elaine et al. Determinantes sociais e saúde bucal de adultos nas capitais do Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 36, n. 1, p. 17–23, 2014.

FERNANDES, Juliana Karine Bezerra et al. Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00021115, 2016.

FISCHER, Tatiane Kuhnen. Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil. **Florianópolis: Repositório Institucional UFSC**, 2008.

FRANÇA, Maria Aparecida de Souza Alves et al. Indicadores de saúde bucal propostos pelo Ministério da Saúde para monitoramento e avaliação das ações no Sistema Único de Saúde: pesquisa documental, 2000–2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 1, 2020.

GARNELO, Luiza et al. Avaliação externa do PMAQ no Amazonas: experiência e narrativas sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Básica. In: FAUSTO, Maria Cristina Reis; FONSECA, Heliana Maria Salim (org.). **Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB**. Rio de Janeiro: Saberes, 2014. p. 60–87.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Amazônia Legal – o que é?** 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/informacoes-ambientais/geologia/15819-amazonia-legal.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 4 maio 2025.

MEDINA, Maria Guadalupe. Análise do pacto de indicadores da atenção básica 2001. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2002.

NARVAI, Paulo Capel. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. spe, p. 141–147, 2006.

NARVAI, Paulo Capel; FRAZÃO, Pedro. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 1–20.

PEREIRA, Wellington. Uma história da odontologia no Brasil. **História e Perspectivas**, v. 25, n. 47, p. 147–173, 2012.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Índice de **Desenvolvimento Humano (IDH)**. Disponível em: <https://www.undp.org/pt/brazil/idh>. Acesso em: 4 maio 2025.

SILVA, Luciene Ávila Nunes da et al. Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 742–754, 2019.

SILVA, Rômulo Oliveira Corrêa da; GRAZIANI, Gabriel Francisco; DITTERICH, Raquel Guimarães. Avanços e retrocessos no estabelecimento de indicadores de saúde bucal 2007 a 2019 no Brasil. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 65–75, 2020.

SILVESTRE, João Augusto Chaves; AGUIAR, Ana Sílvia Wanderley de; TEIXEIRA, Eduardo Henrique. Do Brasil sem dentes ao Brasil sorridente: um resgate histórico das políticas públicas de saúde bucal no Brasil. **Cadernos ESP**, v. 7, n. 2, p. 28–39, 2013.

SOUSA, André Nunes. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. **Saúde em Debate**, v. 42,

n. spe1, p. 289–301, 2018.