

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU  
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

Priscila Curado Fleury Tavares

**PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS E INDICADORES DE SAÚDE BUCAL EM  
GOIÂNIA**

Goiânia  
2017

Priscila Curado Fleury Tavares

**PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS E INDICADORES DE SAÚDE BUCAL EM  
GOIÂNIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maysa Ferreira Martins  
Ribeiro

Goiânia

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação  
Sistema de Biblioteca da PUC Goiás

T231p

Tavares, Priscila Curado Fleury.  
Procedimentos odontológicos e indicadores de saúde bucal em Goiânia [manuscrito]/ Priscila Curado Fleury Tavares.-- 2017.  
119 f.; il. 30 cm

Texto em português com resumo em inglês  
Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós- Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde, Goiânia, 2017  
Inclui referências f.58-73

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Saúde bucal.  
3. Odontologia preventiva. I. Ribeiro, Maysa Ferreira Martins. II. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. III. Título.

CDU: 616.314-084(043)

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Priscila Curado Fleury Tavares

### PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS E INDICADORES DE SAÚDE BUCAL EM GOIÂNIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Avaliada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

#### BANCA EXAMINADORA

---

Profª Drª Maysa Ferreira Martins Ribeiro  
Presidente da banca - PUC Goiás

---

Profª Drª Maria Aparecida da Silva Vieira  
Membro Efetivo, Interno ao Programa - PUC Goiás

---

Profª Drª Maria de Fátima Nunes  
Membro Efetivo, Externo ao Programa

---

Profª Drª Cejane Oliveira Martins  
Membro Convidado Suplente da banca, Interno ao Programa - PUC Goiás

---

Profª Drª Lídia Moraes Ribeiro Jordão  
Membro Convidado Suplente da banca, Externo ao Programa

## DEDICATÓRIA

Ao meu querido marido Vanick, pela paciência, carinho e compreensão em nossa vivência. Sempre me incentivando, apoiando e estando ao meu lado contribuindo para que eu realizasse esta pesquisa, auxiliando-me e dando-me forças nos momentos em que mais precisei.

Ao meu lindo, carinhoso e amado filho Paulo Henrique que compreendeu minha ausência, e por ser meu maior motivador. Se muitas vezes pensei não conseguir continuar, foi você, seu beijo carinhoso ou sua alegria que me davam força para enfrentar o dia e continuar.

Ao meu filho William Caetano, simplesmente por existir e tornar minha vida mais doce.

## AGRADECIMENTOS

Agradecer é a capacidade de reconhecer a importância do outro na sua vida. Agradeço ao meu pai, José Caetano, e à minha mãe, Maria Elizabeth, que foram minha primeira base de educação, pelo apoio constante em todas as etapas de minha vida. Obrigada, pai e mãe, pelo cuidado e atenção com meu filho, pelo apoio afetivo, o auxílio financeiro, por me emprestar o carro nos dias complicados. A vocês, não tenho e nunca teria palavras suficientes para agradecer por tudo que fizeram e fazem por mim, por nossa família. Amo vocês!

À minha professora orientadora, Dra. Maysa Ferreira Martins Ribeiro, por aceitar esse desafio de orientar uma acadêmica trabalhadora e mãe, por ter confiado em minhas potencialidades e, principalmente, por ter sido solidária com minhas limitações de ordens diversas. Mais que uma orientadora, para mim, você é um exemplo de ser humano. A você, agradeço toda a atenção, preocupação, o tempo oferecido. É seu também o mérito deste trabalho.

Às professoras Dra. Maria Aparecida da Silva Vieira, Dra. Adenícia Custódia Silva e Souza, Dra. Maria de Fátima Nunes, Dra. Cejane Oliveira Martins e Dra. Lídia Moraes Ribeiro Jordão, por suas valorosas contribuições neste trabalho.

A todos os colegas e professores do Mestrado, por tudo o que com vocês aprendi e por partilharem a construção do meu estudo. Em especial, aos amigos Carlos, Danilo e Jackeline: valeram os momentos de conversas, discussões e distrações. A todos, muito obrigada.

Agradeço de coração a todos os amigos do SESC que conviveram comigo, bem como às pessoas que usufruíram do nosso trabalho. Um muito obrigada.

*"Você nunca sabe que resultados virão da sua ação. Mas se você não fizer nada, não existirão resultados."*

*(Mahatma Gandhi)*

## RESUMO

TAVARES, P.C.F. **Procedimentos odontológicos e indicadores de saúde bucal em Goiânia**. 119p. Dissertação de mestrado Atenção à Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2017.

Uma boa saúde bucal é fundamental para o bem-estar físico e emocional do indivíduo. Além de ser responsável por funções importantes no organismo, como a mastigação, uma boca saudável é imprescindível para uma boa apresentação pessoal. Por se tratar de uma área tão importante da saúde, serviços odontológicos são oferecidos pelo SUS (Sistema Único de Saúde), que também promove o acesso universal e gratuito a outros serviços de saúde. Criado em 1988, o SUS beneficia cerca de 180 milhões de brasileiros e representa uma mudança na interpretação do conceito de saúde. Antes vista como um quadro de "não-doença", o SUS promoveu uma visão de prevenção de agravos e promoção da saúde (FIOCRUZ, 2017). Apesar dos avanços e das melhorias proporcionadas pelo SUS, ainda há muitos desafios a serem vencidos pela saúde pública, como os impactos negativos que doenças bucais geram. Diante dessa realidade, o objetivo desta pesquisa foi descrever os procedimentos odontológicos e indicadores de saúde bucal utilizados em Goiânia, no período de 2013 a 2015. Os dados foram coletados no Datasus, departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil. Trata-se de estudo transversal descritivo. Os resultados revelaram o crescimento do número total de procedimentos odontológicos registrados, de 1.883 para 3.414, entre 2013 e 2015. Em relação aos procedimentos realizados, observou-se que foram registrados com maior frequência os métodos periodontais, seguidos dos protéticos, restauradores e preventivos. O procedimento registrado com mais frequência no público feminino é o protético. Já no público masculino recorre mais frequentemente à prevenção e à restauração. O tratamento preventivo também se mostra mais presente na faixa etária igual ou menor que nove anos. Em contrapartida, verificou-se que é na faixa etária acima de 34 anos que recebe mais procedimentos odontológicos. O estado de Goiás não pactuou para o período de 2013 a 2015, a média de procedimentos odontológicos individuais de 2007, que era de 2,5. Em 2013, o indicador ficou em 2,44 e, em 2015, declinou para 1,17. Apesar do crescimento do número de procedimentos odontológicos, a proporção da primeira consulta odontológica e a razão dos tratamentos concluídos foi decrescendo com o tempo, o que revela que os tratamentos iniciados não são concluídos. Conclui-se que é necessário o desenvolvimento de programas preventivos que incluam também os adultos. Deve-se intensificar a atuação das equipes de saúde, expandindo estratégias de educação em saúde e ações em áreas mais isoladas. É fundamental

que seja desenvolvido um trabalho de conscientização em relação aos problemas gerados pela interrupção ou não conclusão do tratamento odontológico.

Palavras-chave: Saúde bucal. Procedimentos odontológicos. Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

TAVARES, P.C.F. **Dental procedures and oral health indicators in Goiânia**. 119p. Master's Dissertation Health Care, Pontifical Catholic University of Goiás, Goiânia, 2017.

Good oral health is critical to the individual's physical and emotional well-being. In addition to being responsible for important functions in the body, such as chewing, a healthy mouth is imperative for a good personal presentation. Because it is such an important area of health, dental services are offered by the SUS (Health Unic System), which also promotes universal and free access to other health services. Created in 1988, SUS benefits about 180 million Brazilians and represents a change in the interpretation of the concept of health. Previously seen as a "non-disease" framework, the SUS promoted a vision of disease prevention and health promotion (FIOCRUZ, 2017). Despite the advances and improvements provided by SUS, there are still many challenges to be overcome by public health as the negative impacts that oral diseases have generated. Faced with this reality, the negative impacts that oral diseases have generated are a challenge for those responsible for public health policies. The objective of this research was to describe the dental procedures and oral health indicators used in Goiânia, from 2013 to 2015. Data were collected in Datasus, Department of Informatics of the Brazilian Unified Health System. It is a cross-sectional descriptive study. The results revealed a growth in the total number of registered dental procedures, from 1,883 to 3,414, between 2013 and 2015. Regarding the procedures performed, it was observed that the periodontal methods, followed by prosthetics, restorative and preventive methods, were registered more frequently. The most frequently recorded procedure in the female audience is the prosthetic. In the male audience, more often than not, it resorts to prevention and restoration. Preventive treatment is also more present in the age group equal to or less than nine years. On the other hand, it was verified that it is in the age group over 34 years that most receives dental procedures. The state of Goiás did not agree for the period from 2013 to 2015, the average individual dental procedures of 2007, which was 2.5. In 2013, the indicator stood at 2.44 and in 2015 it declined to 1.17. Despite the increase in the number of dental procedures, the proportion of the first dental appointment and the ratio of the completed treatments decreased with time, which shows that the treatments started are not completed. It is concluded that it is necessary to develop preventive programs that also include adults. The work of health teams should be intensified, expanding health education strategies and actions in more isolated areas. It is fundamental that a work of awareness is developed regarding the problems generated by an interrupted oral treatment, in order to reduce incompleting treatments.

Key words: Oral health. Dental procedures. Health Unic System.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	Mapa de Goiânia, segundo Regiões Administrativas de Saúde	37
QUADRO 1	Tipos de procedimentos odontológicos registrados no DATASUS, 2013 a 2015	39
QUADRO 2	Indicadores de Saúde Bucal selecionados para o estudo no DATASUS, 2013 a 2015	40
QUADRO 3	Variáveis independentes selecionados para o estudo	41
GRÁFICO 1	Indicadores de Saúde Bucal registrados nos anos de 2013, 2014 e 2015 em Goiânia	49

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Número de procedimentos odontológicos registrados, em Goiânia, de acordo com os anos de 2013, 2014 e 2015	44
TABELA 2	Resultado dos tipos de procedimentos odontológicos no período de 2013 a 2015 de acordo com o sexo dos pacientes	45
TABELA 3	Distribuição do tipo de procedimentos e da frequência registrada de acordo com a faixa etária dos pacientes, nos anos de 2013, 2014 e 2015	46
TABELA 4	Resultado da comparação dos tipos de procedimentos odontológicos, de acordo com a faixa etária da população atendida entre os anos de 2013 a 2015	47
TABELA 5	Tipos de cobertura odontológica e encaminhamentos registrados nos anos de 2013, 2014 e 2015	48

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>ABS</b>	Atenção Básica à Saúde
<b>ESB</b>	Equipe de Saúde Bucal
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IDHM</b>	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
<b>INAMPS</b>	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>MPAS</b>	Ministério da Previdência e Assistência Social
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PMAQ-AB</b>	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
<b>PSE</b>	Programa Saúde na Escola
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>SB Brasil</b>	Pesquisa Nacional de Saúde Bucal
<b>SIA</b>	Sistema de Informações Ambulatoriais
<b>SUDS</b>	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	11
2 OBJETIVOS .....	17
2.1 Objetivo geral .....	17
2.2 Objetivos específicos .....	17
3 REVISÃO DE LITERATURA .....	18
3.1 Breve história da Saúde Bucal no Brasil .....	18
3.2 Saúde Bucal.....	22
3.3 Atenção em Saúde Bucal no SUS .....	25
3.4 Procedimento Odontológico e Indicadores de saúde.....	30
3.4.1 Indicadores de Saúde Bucal .....	31
4. MÉTODO.....	36
4.1 Tipo e local do estudo .....	36
4.2 Local do estudo.....	36
4.3 Coleta dos dados .....	36
4.4 Variáveis do estudo.....	38
4.5 Análise dos dados.....	41
4. 6 Aspectos éticos .....	41
5 RESULTADOS.....	43
6 DISCUSSÃO .....	50
7 CONCLUSÃO.....	57
8 REFERÊNCIAS.....	58
APÊNDICE A - Manual para Coleta de Dados .....	74
ANEXO A - Rol de Procedimentos Odontológicos .....	105
ANEXO B –Mapa de Atendimento Individual Odontológico .....	117
ANEXO C –Ficha PMA2-C.....	119

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde bucal é considerada essencial, reflete diretamente na saúde geral e tem grande impacto na qualidade de vida da população (PETERSEN *et al.*, 2003). Tal relevância se deve ao fato de a saúde bucal estar relacionada ao complexo sistema estomatognático, representado por órgãos como lábios, gengivas, ossos e dentes, que são estruturas primordiais para o organismo. Envolve também o ato de sorrir, mastigar, engolir e falar (BULGARELLI, 2010). Em 06 de setembro de 2016, a FDI (Federação Dentária Mundial) apresentou uma nova definição que diz que a saúde bucal

É multifacetada e inclui, sem limitações, a capacidade de falar, sorrir, cheirar, saborear, tocar, mastigar, engolir e transmitir uma variedade de emoções, através de expressões faciais, com confiança e sem dor ou desconforto e sem doença do complexo craniofacial (FEDERAÇÃO DENTÁRIA INTERNACIONAL, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a saúde bucal essencial para o bem-estar das pessoas, que devem estar livres de dores e outras complicações bucais (PETERSEN *et al.*, 2003). Além dos aspectos funcionais, deve-se considerar a estética dentária, pois esta tem um impacto no comportamento emocional, psicológico e social do indivíduo (AFROZ *et al.*, 2013, AYRES, 2007).

De acordo com o Projeto Saúde Bucal Brasil 2003 (BRASIL, 2004a), as doenças bucais mais conhecidas e prevalentes são a cárie dentária e a doença periodontal, principais responsáveis pelas perdas dentárias da população. Essas doenças têm seu desenvolvimento ligado às condições socioeconômicas e culturais das populações e refletem as desigualdades sociais e a falta de acesso aos serviços de saúde (MOYSÉS, 2003; PETERSEN *et al.*, 2003). Embora haja um declínio no cenário mundial, ainda existem alguns países do Oriente Médio, África e América Latina que apresentam um panorama epidemiológico com altos índices da doença cárie, e há alto índice de perda dentária em países como Brasil e Portugal (BEAGLEHOLE *et al.*, 2009; FRAZÃO, ANTUNES; NARVAI; 2003).

Esse cenário de precariedade da saúde bucal encontrado em alguns países é decorrente do fato da prevenção e da promoção de saúde bucal ainda serem muito negligenciadas na saúde global: 90% das pessoas têm problemas bucais e o câncer de boca é o oitavo câncer mais comum no mundo (FEDERAÇÃO DENTÁRIA INTERNACIONAL, 2014). A Alemanha e o Reino Unido têm, em média, um dentista por 1.000 habitantes, mas alguns países da África Subsaariana a proporção é de

apenas um por 900.000 habitantes (BEAGLEHOLE *et al.*, 2009). No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) preconiza um dentista para cada 1.500 a 5.000 habitantes (BRASIL, 2002). O Brasil é o país com o maior número de cirurgiões-dentistas no mundo, com um dentista para cada 760 habitantes, e representa uma das melhores proporções mundiais (CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MINAS GERAIS, 2015). Apesar de proporções tão relevantes, o acesso aos cuidados bucais e à qualidade da assistência à saúde bucal ainda é inadequado. Uma pesquisa da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), do MS e do Observatório de Recursos Humanos em Odontologia, realizada em 2008, constatou que, enquanto há uma grande concentração de profissionais nos grandes centros urbanos como São Paulo, as regiões mais pobres e distantes sofrem com a falta de atendimento. Em Goiânia, especificamente, a proporção é alta, um dentista para 346 habitantes (MORITA *et al.*, 2010).

O reconhecimento crescente da importância da prática de saúde bucal tem gerado ações que visam melhorar o atendimento populacional. O Programa Saúde da Família (PSF) que evoluiu para Estratégia Saúde da Família (ESF) e é um exemplo de política de melhoria da atenção básica (AB). Quando foi criado, em 1994, por meio de uma parceria entre o MS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), visava humanizar e aprimorar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1998; BRASIL, 2011g). Segundo Narvai, o sistema de atendimento odontológico

esteve voltado basicamente, para populações em idade escolar (6 a 14 anos). Difundiu-se com tal intensidade a ponto de tornar sinônimo de programas odontológicos escolares. Transformando-se em receita, em padrão a ser reproduzido acriticamente [...](NARVAI, 1994).

No intuito de ampliar o acesso da população às ações em saúde bucal, o MS criou a Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, a qual incluiu as Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF (BRASIL, 1994; BRASIL, 2000; PEREIRA, 2003; SOUZA, 2007). A presença da ESB na ESF tinha por objetivo ampliar o acesso coletivo às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal e melhorar os indicadores epidemiológicos (BRASIL, 2000). No entanto, ainda são pouco expressivos os avanços alcançados com a inserção das ESB na ESF, há, portanto, necessidade de mais avanços e investimentos por parte do governo.

Criada e implantada em 2004 (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2016), a Política

Nacional de Saúde Bucal, também denominada de Programa Brasil Sorridente (NARVAI, 2011), prevê uma série de ações para facilitar e ampliar o acesso da população ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros por meio do SUS (PALUDETTO Jr., 2013). Entre as medidas do programa, destacam-se as ações de promoção e prevenção; a reorganização da atenção básica (AB) em saúde bucal; a ampliação e qualificação da Atenção Especializada (BRASIL, 2013a). Apesar das ações desenvolvidas pelo programa serem importantes para o esclarecimento da população quanto à saúde bucal, percebe-se que a dimensão educativa ainda é pouco desenvolvida e, quando realizada, está fortemente apoiada em práticas de transmissão de conhecimentos de comunicação unidirecional e autoritária (PAULETO *et al.*, 2004). Entretanto, ainda existem dificuldades para o acesso aos serviços odontológicos.

No estado de Goiás, o que predomina nos serviços são os procedimentos odontológicos básicos, caracterizados como pouco resolutivos, mutiladores e centrados na doença. O estado de Goiás está longe de ter uma cobertura satisfatória na área de saúde bucal pelo SUS, apesar da alta proporção de dentistas por habitantes. Os goianos não conseguem realizar os procedimentos necessários, o que demonstra uma carência no que diz respeito à cobertura e acesso aos serviços públicos odontológicos pela população (BATISTA, 2010).

Os procedimentos odontológicos são relacionados, primeiramente, em fichas odontológicas e, em seguida, registrados no *site* do Datasus, gerando assim indicadores de saúde bucal. O sistema de informação básico é imprescindível para construir conhecimentos, pois os indicadores de saúde avaliam as ações e subsidiam o seu redirecionamento (FRANÇA, 2013).

Há poucos estudos sobre indicadores de saúde bucal no estado de Goiás e na região Centro-Oeste (BATISTA, 2010; BORDIN; FADEL, 2012; FRANÇA, 2013; FREIRE *et al.*, 2003; FREIRE *et al.*, 2010; NASCIMENTO, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2015; REIS, 2009; SILVA *et al.*, 2015). Tal realidade é prejudicial ao avanço da saúde bucal em Goiânia, pois, sem indicadores e pesquisas, não há monitoramento da prestação do cuidado em saúde bucal da população. Isso dificulta o fortalecimento da AB e a elaboração de estratégias das políticas públicas de saúde bucal que levariam à melhoria e à organização da rede de atenção primária em saúde bucal no estado. Sendo assim, é imprescindível o conhecimento dos

procedimentos odontológicos e dos indicadores de saúde bucal de Goiânia para análise da conjuntura referente a esses dados.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Descrever os procedimentos odontológicos e indicadores de saúde bucal utilizados em Goiânia, no período de 2013 a 2015.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Descrever os procedimentos odontológicos de acordo com a faixa etária e sexo;
- Comparar os tipos de procedimentos odontológicos por grupos de acordo com a faixa etária, sexo e ano.
- Verificar a situação de realização dos procedimentos odontológicos, entre os anos de 2013 a 2015, por meio de seus indicadores.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Breve História da Saúde Bucal no Brasil

Descrever o início da prática odontológica no Brasil é uma tarefa complexa (VILLALBA, 2007). A odontologia percorreu várias etapas no decorrer de sua trajetória. No século XVI, a época da descoberta do Brasil por Pedro Álvares Cabral, em 22 de abril de 1500, nas caravelas que chegaram, existiam pessoas que cuidavam da saúde dentária e consistia basicamente na extração dentária. As técnicas e os instrumentais eram rudimentares, sem preocupação com a higiene e sem utilização de anestesia (ROSENTHAL, 1995, CARVALHO, 2003).

A Odontologia era praticada no Brasil pelos índios, mas não se sabe desde quando essa prática era usada. Documentos revelam que eles tinham dentes sadios e bonitos com poucas cáries. A tribo Kuikuru, do norte do Mato Grosso, preenchia as cavidades dentárias com resina de jatobá aquecida (CASANOVA, 2012; SPYERE, 2013).

Na época da criação das Capitânicas Hereditárias, entre 1534 e 1536, com a formação dos primeiros povoamentos, chegaram ao Brasil mestres de ofício, de diversas profissões e, também, artesãos que tiravam dentes. A população era atendida pelos cirurgiões-barbeiros, boticários e curandeiros que eram despreparados e que haviam aprendido a profissão com alguém mais experiente, sem formação científica (FERRARI, 2011; CASANOVA, 2012; SPYERE, 2013). As atividades resumiam-se à extração dos dentes sem anestesia e aplicação de ventosas na gengiva. Havia risco de hemorragias e infecções com possibilidade de morte. Os barbeiros foram os precursores dos cirurgiões-dentistas (PEREIRA, 2012; CARVALHO, 2003).

A assistência odontológica no Brasil não existia. A vinda da corte portuguesa e da alta sociedade portuguesa para o Brasil, fugindo das forças francesas, em março de 1808, causou mudanças na administração pública colonial e determinou o progresso na formação do profissional da odontologia (SAMPAIO, 1991). A cidade do Rio de Janeiro tornou-se centro das ações sanitárias. Por ordem real, foram fundadas as academias médico-cirúrgicas no Rio de Janeiro e na Bahia, na primeira década do século XIX (BRASIL, 2007c; BRASIL, 2011a).

Em 1841, surge a primeira faculdade de odontologia, em Baltimore, Estados Unidos. O modelo artesanal se transforma em Odontologia Científica ou tradicional

e, em 1910, passa a ser chamada Odontologia flexneriana, baseada nas práticas curativas (TORTAMANO, 2001). No Brasil, o ensino da odontologia foi oficialmente instituído em 25 de outubro de 1884, pelo Decreto nº 9311, do governo federal. O distanciamento entre as atividades do barbeiro e do cirurgião-dentista foi marcado pela formação acadêmica do profissional, em contraponto com a informalidade do barbeiro (FIGUEIREDO, 1999).

Na década de 1920, delineou-se uma política nacional de saúde por meio da criação do Ministério da Educação e Saúde. Porém, essa política limitava-se à cobertura de alguns trabalhadores urbanos que financiavam as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). No período de 1930 a 1945, a assistência médica se estendeu a todos os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), antigas Caixas de Aposentadorias e Pensões. No que toca aos programas de saúde pública, eles voltavam-se para a criação de condições sanitárias mínimas e eram limitados pela opção política de gastos do Estado e pelo dispendioso modelo sanitarista adotado (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

A OMS, em 1946, definiu a saúde como o “completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença” (BIBLIOTECA VIRTUAL DE DIREITOS HUMANOS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2017). Tal conceito, hoje, é considerado utópico, pois a vida não é estável, sofre mudanças frequentemente. A própria concepção de saúde é mutável, já que depende do momento, do referencial e dos valores atribuídos à situação. Atualmente, por exemplo, além das questões físicas, mentais e sociais, pode-se incluir a educação como fator de proteção e promoção de saúde (BRASIL, 1997).

Os determinantes sociais de saúde são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009). Estes fatores determinantes estão descritos na Constituição Federal de 1988, no Art 3º: “ (...), a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais.”, juntamente com as condições próprias do hospedeiro (raça, sexo, idade) e com aquelas relativas ao agente etiológico (infectividade, patogenicidade) resultam no estado de saúde e/ou de doença dos indivíduos e das populações.

Em 1950, o Sistema Incremental de saúde bucal era o modelo vigente no Brasil, que privilegiava atenção aos escolares das escolas públicas do Ensino Fundamental de seis a 14 anos, com enfoque curativo-reparador. Até a última

década do século XX, a saúde continuou voltada para o modelo hospitalocêntrico (NICKEL *et al.*, 2008), entretanto os países europeus já se posicionavam contrário a esse modelo.

Em 1974, foi promulgada a Lei Federal n 6.050, que obrigava a fluoretação da água em sistemas públicos de abastecimento em nível nacional, e como resultado, houve a redução do índice de cárie anos depois (BRASIL, 1974, FISCHER *et al.*, 2010). Neste mesmo ano, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), surgindo o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). O Instituto tinha a finalidade de prestar atendimento médico/dentário somente aos trabalhadores que contribuía com a previdência social. Entretanto, o estado desviou os recursos para outros fins, estimulando a corrupção, contribuindo para a falência financeira do sistema de saúde brasileiro e queda da qualidade de vida da população (WERNECK, 1998).

Em 1977, a OMS lançou como meta a diretriz "Saúde para todos no ano 2000". Em 1978, A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata na antiga União Soviética, denunciou a gravidade do quadro sanitário dos países em desenvolvimento e da saúde brasileira (WERNECK, 1998) e estabeleceu um programa denominado "Saúde Para Todos", que preconizava uma série de cuidados essenciais de saúde (DECLARATION OF ALMA-ATA, 1978).

A partir de então foi implantado um novo modelo denominado odontologia simplificada, definida como uma prática profissional que permitia tornar mais simples e barata a odontologia. Esse modelo pretendia gerar mudanças qualitativas da prática profissional. Os esforços se fizeram para simplificar recursos humanos, material de consumo e instrumental, com o objetivo de estabelecer uma odontologia de alta produtividade, em menor tempo e a custo possível. Esse processo implicou na queda de qualidade da atenção odontológica (MENDES, 1986).

Surgiu em 1980, o Modelo de Odontologia Integral e incluía uma proposta educativa como orientação da nutrição adequada, hábitos saudáveis e aplicação tópica de flúor. Visava ao diagnóstico precoce da doença e à limitação do dano, mediante o tratamento curativo. Houve a inclusão de recursos humanos de nível médio e a padronização de rotinas e equipamentos, além da promoção e prevenção da saúde bucal (INÁCIO, 2003).

Em 1986, no Canadá, aconteceu a I Conferência Internacional de Promoção de Saúde, em que a Carta de Ottawa, considerada o documento mais importante da

Promoção de Saúde, destacou a influência dos fatores socioeconômicos em relação à saúde. Em face disso, adotou-se um novo modelo que contrapõe a prática curativa, com ações de promoção da saúde e ênfase nos fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Na história da Odontologia Brasileira, há o registro do momento em que a problemática de saúde bucal começou a ser discutida pela população. Em 1986, o Brasil realizou em Brasília, a 8ª Conferência Nacional de Saúde juntamente com a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Nesse evento, a Saúde Bucal foi definida como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, estando diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação (BRASIL, 1986a).

Em 1987, houve a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) com um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais. O SUDS foi uma iniciativa do INAMPS para universalizar a assistência que beneficiava, apenas, os trabalhadores da economia formal (SOUZA, 2003). Em 1988, O INAMPS implementou o Programa Nacional de Controle de Cárie dental com o uso de selante e flúor .

O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde serviu como subsídio para os constituintes elaborarem o artigo 196 da oitava Constituição Federal. No artigo 196, está escrito que "Saúde é direito de todos e dever do Estado" (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal de 1988 assegurou um papel importante para o direito à saúde no Brasil, a ser garantido mediante a adoção de políticas públicas. O Estado passou a ter a responsabilidade de promover o acesso gratuito para todos aos serviços de saúde mediante políticas sociais e econômicas. Dentro dessa proposta, o SUS foi implantado com princípios baseados nos preceitos constitucionais: universalidade, equidade e integralidade. Os princípios que regem a organização do SUS são regionalização e hierarquização, resolubilidade, descentralização, participação do cidadão (BRASIL, 1990; BRASIL, 1991). O SUS foi estruturado para garantir a todos, o direito a um tratamento de saúde totalmente gratuito, sem qualquer tipo de distinção, por meio de políticas sociais e econômicas (BRASIL, 1988).

Em 1993, houve a segunda Conferência Nacional de Saúde Bucal que teve como assunto “A saúde bucal, como direito de cidadania”. A terceira Conferência Nacional de Saúde Bucal realizada em 2004, cuja temática foi a “Saúde bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social” (BRASIL, 2005a).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB (PMAQ-AB) foi criado em 2011 (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b). O PMAQ-AB é importante porque pretende ampliar o acesso e melhorar a qualidade da AB, garantir um padrão de qualidade regional e local permitindo maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à AB à saúde (ABS) (BRASIL, 2011a ; BRASIL, 2011b; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b).

### **3.2 Saúde Bucal**

A saúde bucal é afetada por aspectos sociais que a OMS define como "as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e agem" (CDSS, 2010, p. 1). Pessoas com menor nível socioeconômico têm mais dificuldade no acesso à saúde e existe maior prevalência de cárie entre aquelas com baixa renda, minorias étnicas e imigrantes (LISTL, 2015).

A saúde passou a ser um direito fundamental da pessoa humana e representa um bem-estar social. A OMS afirma que "a boa saúde exige a existência de um sistema de saúde universal, abrangente, equitativo, efetivo, acessível e de boa qualidade" (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011, p.1). Ter boa saúde bucal é mais do que ter dentes saudáveis e uma boa aparência do sorriso. A boa saúde bucal possibilita ao indivíduo exercer funções como mastigação, deglutição e fonação, sorrir, beijar, saborear, gritar, além de exercitar a autoestima e relacionar socialmente sem constrangimento, permitindo sentir-se bem, contribuindo para sua saúde geral (LEBRÃO; DUARTE, 2003).

A perda de dentes impacta, negativamente, na nutrição, na capacidade para comer e na qualidade de vida. A doença periodontal está associada à doença cardiovascular, aumenta o risco de complicações diabéticas, aumenta o risco de parto prematuro e aumenta o risco de bebês com baixo peso ao nascer (ERIKSEN *et al.*, 2015; GANDHIMADHI; MYTHILI, 2010; DOMINGUES *et al.*, 2010; MARAKOGLU *et al.*, 2008).

A cárie dental é uma doença crônica multifatorial e de origem bacteriana que provoca a destruição dos tecidos dentários (JACHINOSKI, MOYSÉS, BISINELLI,

2014), traz dor, problemas relacionados ao canal e é a principal causadora da exodontia em dentes afetados (FRAZÃO *et al.*, 2003; GILBERT *et al.*, 2003). A progressão das doenças periodontais leva à destruição dos tecidos de suporte dos dentes (LIMA, 2007).

No caso de perda prematura dos dentes, o osso alveolar é reabsorvido, dificultando a confecção de prótese parcial e total. Uma pessoa que usa prótese total tem o seu coeficiente de mastigação reduzido em mais de 50%, pois nada se compara aos dentes naturais. A maioria das pessoas que possuem ausência dentária apresenta dificuldades de socialização, problemas psicológicos, não sorri, não consegue pronunciar alguns fonemas e, em crianças, causa atraso de aprendizagem. A perda dos dentes acarreta problemas nas articulações do osso da mandíbula com o crânio, levando a mudanças patológicas do sistema muscular e ósseo (JACHINOSKI *et al.*, 2014).

A cárie dentária é uma doença crônica generalizada em todo o mundo, e é o principal problema de saúde bucal (NARVAI; FRAZÃO, 2008). É a doença mais comum na infância, mas afeta pessoas de todas as idades. Segundo o The Oral Health Atlas, a cárie dentária não tratada em dentes permanentes tem uma prevalência global de mais de 40 por cento e isso revelou que o acesso aos serviços de saúde bucal não atende às necessidades da população (JIN *et al.*, 2015).

A cárie dentária não tratada afeta até sete em cada dez crianças na Índia, um em cada três adolescentes na Tanzânia e quase um em cada três adultos no Brasil (JIN *et al.*, 2015). A cárie dentária e as doenças periodontais causam dor e dificuldades para comer e dormir, pode impactar o crescimento da criança e é uma das principais causas de ausência na escola e no trabalho (JIN *et al.*, 2015).

Em 1986, o MS realizou o primeiro levantamento epidemiológico com abrangência nacional na área de saúde bucal. A pesquisa foi realizada em crianças acima de seis anos, adolescentes e adultos, obtendo dados referentes à cárie dentária, à doença periodontal e à necessidade do uso de próteses (BRASIL, 1986b). O resultado encontrado foi a elevada prevalência de cárie nas crianças brasileiras, um dos maiores índices de cárie no mundo. Naquela época, apenas 40% das pessoas de 18 anos apresentavam todos os dentes. No grupo de 35 a 44 anos, quatro em cada dez pessoas requeriam apoio protético, reduzindo-se a 1,7% na faixa de 15 a 19 anos enquanto mais de 72% da população urbana com 50 a 59 anos tinham dentes extraídos. O elevado número de dentes extraídos evidenciava a

inexistência de medidas que impediam a evolução da cárie na população (BRASIL, 1986b). Naquela época, o Brasil ficou conhecido como o país dos desdentados.

Em 1996, o MS, através da Área Técnica de Saúde Bucal e em parceria com a Associação Brasileira de Odontologia - Nacional, Conselho Federal de Odontologia (CFO) e as Secretarias Estaduais de Saúde, realizou o segundo levantamento epidemiológico nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal. Este levantamento epidemiológico realizado exclusivamente com escolares, verificou as alterações ocorridas no perfil da população e buscou apresentar um referencial para o desenvolvimento das ações preventivas do SUS. O resultado foi que o índice de Dentes Cariados, Perdidos e/ou Obturados (CPO-D) médio evoluiu de 0,28 aos seis anos para 1,53 aos nove anos, atingindo 3,06 aos 12 anos. Crianças de 12 anos das capitais da região Norte apresentaram CPO-D de 4,27, enquanto nas capitais das regiões Sul e Sudeste apresentaram CPO-D de 2,41 e 2,06, respectivamente, evidenciando marcantes diferenças regionais (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2006). Os valores do índice correspondem aos seguintes graus de severidade: muito baixo (0,0 a 1,1), baixo (1,2 a 2,6), moderado (2,7 a 4,4), alto (4,5 a 6,5) e muito alto (6,6 ou mais) (BRASIL, 1996).

No ano de 2001, o MS iniciou um projeto de levantamento epidemiológico para avaliar os agravos mais importantes na área da saúde bucal em diferentes grupos etários e que incluísse tanto população urbana como rural e municípios de pequeno porte. Este levantamento epidemiológico em saúde bucal, denominado "Projeto SB Brasil 2003 - Condições de Saúde Bucal na População Brasileira", incluiu, pela primeira vez, as faixas etárias de 18 a 36 meses e 65 a 74 anos. Foi acrescentada uma avaliação quantitativa, que revelou declínio da cárie dentária na população infantil brasileira com média de CPO-D aos 12 anos de 2,8 em 2003, em 1986 era de 6,7 (BRASIL, 2004a). Revelou elevado número de dentes perdidos entre adultos e idosos, perda dentária precoce e que a necessidade de usar algum tipo de prótese começa aos 15 anos de idade. Sendo assim, constatou-se que o edentulismo ainda era um grave problema no país (BRASIL, 2004a). Disparidades relacionadas ao acesso a serviços foram identificadas: os idosos tinham menos acesso e não havia tratamento protético (NEVES, 2010), persistiam ainda elevados índices de doenças bucais e grande parte da população permanecia desassistida (COSTA *et al.*, 2006).

O MS concluiu, em 2011, o quarto levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área da Saúde Bucal, intitulado SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. O SB Brasil 2010 manteve boa parte da estratégia metodológica do SB Brasil 2003 e avançou em pontos considerados insuficientes (BRASIL, 2012c). O Projeto SB Brasil se firma como a principal estratégia de produção de dados primários em saúde a partir da construção de uma política (RONCALLI *et al.*, 2012). Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 indicam que, segundo a classificação adotada pela OMS, o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 (CPO-D entre 2,7 e 4,4) para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO-D entre 1,2 e 2,6).

No que diz respeito às condições periodontais, tais problemas aumentaram com a idade. Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 indicaram que o percentual de indivíduos sem nenhum problema periodontal foi de 63% para a idade de 12 anos, 50,9% para a faixa de 15 a 19 anos, 17,8% para os adultos de 35 a 44 anos e somente 1,8% para os idosos de 65 a 74 anos. Com relação ao edentulismo, avaliado pela necessidade de prótese dentária, constatou-se que 13,7% dos adolescentes necessitaram de próteses, sendo que destes, 10,3% necessitaram de próteses parciais em um maxilar e 3,4% nos dois maxilares. Em 2003, 27% dos adolescentes necessitavam de algum tipo de prótese. Assim, constatou-se importante redução de 52% nas necessidades de prótese entre adolescentes. Para os adultos, a necessidade de algum tipo de prótese ocorreu em 68,8% dos casos, sendo que a maioria (41,3%) foi relativa à prótese parcial em um maxilar. Em 1,3% dos casos, houve necessidade de prótese total em pelo menos um maxilar. É importante destacar que o percentual em 2003 foi de 4,4%; portanto, a redução correspondeu a 70%. Em idosos de 65 a 74 anos, 23,9% necessitavam de prótese total em pelo menos um maxilar e 15,4% necessitavam de prótese total. Esses números foram próximos aos encontrados em 2003 (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2012c).

### **3.3 Atenção em Saúde Bucal no SUS**

O SUS é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, contudo ainda não foi posto totalmente em prática como o que foi proposto

no papel (PIOLA, 2009; RONCALLI, 2006), pois persiste a iniquidade na assistência odontológica.

Ao longo de 28 anos de existência (BRASIL, 1988), o SUS proporcionou avanços: um progresso importante para a saúde do país, por exemplo, foi a redução do índice de mortalidade infantil. Na saúde bucal, houve uma redução no índice de cárie (BRASIL, 1986; BRASIL, 2004a; BRASIL, 2012c). Porém, apesar do avanço na prevenção e controle da cárie entre crianças, a situação da saúde bucal dos adolescentes, adultos e idosos no Brasil ainda está muito distante de uma boa condição de saúde bucal (JUNQUEIRA; FRIAS; ZILBOVICIUS, 2004). Os problemas gengivais e as dificuldades para conseguir atendimento odontológico ainda persistem. Os gestores e servidores esforçam-se para superar os desafios em relação aos serviços de saúde com equidade (MALIK; SCHIESARI, 1998). A universalidade constitui um dos desafios a ser enfrentado na organização da atenção (FRANÇA, 2013). Uma pesquisa inédita, realizada pelo Instituto Datafolha em 2014 de abrangência nacional, revelou que 70% dos usuários do SUS estão insatisfeitos (DATAFOLHA, 2014). Isso contribuiu para que os trabalhadores optem pelos planos privados de saúde, principalmente na idade adulta.

O MS, em 1994, inspirado na estratégia de medicina familiar cubana, criou o PSF, com o objetivo de organizar e ampliar a AB solidificando o SUS. A ESF é o modelo assistencial da AB, que se fundamenta no trabalho em um território adstrito e desenvolve ações de saúde a partir da realidade local e das necessidades da população. O modelo da ESF foi criado com o objetivo de favorecer a aproximação entre a unidade de saúde e as famílias foco. Cada equipe de ESF inicialmente era composta por um médico, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem e cinco agentes de saúde (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b). Destaca-se a construção de práticas de saúde integrais com o foco na família (FAUSTO; MATTA, 2007), que prioriza a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1994). Quando a ESF foi criada, não incluía a saúde bucal (BENFICA, 2012).

Estudo feito pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1998, registrou um número expressivo, estimado em 29,6 milhões de pessoas (18,7% da população brasileira) que nunca haviam consultado o dentista. As maiores proporções estavam entre crianças menores de quatro anos (85,6%), homens (20,5%) e população

residente em áreas rurais (32,0%). Nesta mesma pesquisa observou-se o importante efeito da renda familiar média sobre o acesso aos serviços de saúde. A porcentagem de quem nunca consultou dentista é nove vezes superior para as pessoas com renda de até um salário mínimo, quando comparadas com as que recebem mais de 20 salários mínimos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000).

Com a divulgação dessa pesquisa e frente à essa realidade alarmante, o MS estabeleceu em 29 de dezembro de 2000, por meio da Portaria nº. 1.444, a inclusão da ESB nas ESF, que foi motivada pela situação de saúde bucal caótica da população brasileira (BARBOSA *et al.*, 2010; BRASIL, 2010a; BRASIL, 2010b; BRASIL, 2010c). Essa portaria estabeleceu que a área de atuação de cada equipe PSF deveria abranger 6.900 habitantes, sendo que poderia ser implantada apenas uma ESB para cada duas equipes de saúde da família. Essa proporção impunha aos profissionais da saúde bucal uma grande demanda de procedimentos clínicos curativos, o que comprometia a ESF (SILVA, 2011).

O fato da odontologia não estar presente desde o início da implantação do PSF acarretou prejuízos na integralização dos profissionais assim como no processo de implantação das ESB (BALDANI, 2005). A inclusão da ESB na ESF foi um importante passo para a reorganização da atenção à saúde bucal e à oferta de tratamento odontológico público.

No início de 2001, sete anos após a implantação do PSF, foram implantadas as primeiras ESB, de modo progressivo e crescente em todo o país. Existem duas modalidades das ESB, modalidades I e II, de acordo com os seguintes critérios: I- Cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB); II- Cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou outro técnico em saúde bucal (TSB) (BRASIL, 2007d; BRASIL, 2011c).

Mesmo diante da estratégia adotada, os meios de comunicação descrevem a falência do sistema público de saúde brasileiro, sua ineficácia, ineficiência, desigualdade de acesso e iatrogenicidade (RONCALLI, 2003).

As primeiras ESB, no estado de Goiás, foram implantadas em 2001 e, a partir de então, vêm crescendo a cada ano. E 2003, com a Portaria GM nº 673/0312, o MS passou a financiar as ESB na proporção de:1 x 1, ou seja, para cada Equipe

de Saúde da Família uma ESB. E esta passa a cobrir, em média, 3.450 pessoas (BRASIL, 2003a). Em abril de 2007, o número de equipes de saúde bucal no estado de Goiás era de 583, em dezembro de 2010 era 1.253 e, em julho de 2015, passou para 1.648 equipes.

O MS elaborou, no ano de 2004, o documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, centrado na assistência integral, na promoção da boa qualidade de vida e na intervenção nos fatores que colocam a saúde em risco, incorporando ações programáticas de uma forma abrangente. Dentre as estratégias propostas pelas diretrizes estava a ampliação à atenção secundária, a saúde bucal passou a ser ofertada de forma integral (BRASIL, 2004b; LUCENA, 2011). Houve a inserção de procedimentos mais complexos na AB. As principais linhas foram a reorganização da AB e atenção especializada, incorporando práticas de avaliação e acompanhamento dos danos (BRASIL, 2012b). O Programa Brasil Sorridente é a primeira política de saúde bucal integral do país (MENICUCCI, 2011) sendo mais fácil acesso aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) do que anteriormente (FREITAS, 2007), mas ainda existe uma grande demanda deprimida sem assistência, causando filas de espera para esses atendimentos.

Mesmo após o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal, os profissionais ainda desenvolvem ações intersetoriais preventivas limitadas a palestras e aplicações tópicas de flúor nas escolas, e ainda há priorização do grupo materno-infantil e escolar, resquício do modelo incremental de atenção à saúde bucal que vigorou nas décadas de 1950/80 (AQUILANTE; ACIOLE, 2015).

Os CEOs são estabelecimentos de saúde classificados como clínicas especializadas registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), com serviços especializados em periodontia especializada, diagnóstico bucal, cirurgia menor dos tecidos moles e duros, atendimento a pacientes portadores de necessidades especiais e endodontia. O LRPD é o estabelecimento cadastrado no CNES como Unidade de Saúde de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) para realizar, no mínimo, o serviço de prótese dentária total e/ou prótese parcial removível (BRASIL, 2006c).

O Brasil Sorridente tem como proposta a universalização ao acesso à saúde bucal e à ampliação da Atenção Especializada (BRASIL, 2013a; PUCCA, 2006). No Brasil, a AB foi desenvolvida com a descentralização, sendo a principal porta de

entrada com toda a Rede de Atenção à Saúde. É primordial que seja orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da integralidade, da equidade e da participação social (MACHADO *et al.*, 2010).

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído em 2007, por meio do Decreto nº 6.286. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem por meio deste programa (BRASIL, 2007a). O PSE deve obter a participação efetiva das ESF e garantir a cada aluno o direito à avaliação clínica, oftalmológica, auditiva, higiene bucal, avaliação nutricional e acesso a ações educativas em saúde (FIGUEIREDO *et al.*, 2010).

A Portaria nº 2.371/GM/MS, de 07 de outubro de 2009, instituiu, no âmbito da Política Nacional de AB, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2011c). As ESB passam a atender também nas unidades odontológicas móveis, seguindo os princípios e diretrizes definidos pela Política Nacional de Saúde Bucal, atuando para garantir as ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde bucal das populações rurais, quilombolas, assentadas, em áreas isoladas ou de difícil acesso. A continuidade da atenção à saúde bucal das populações atendidas pelas unidades odontológicas móveis se dará por meio do referenciando aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e/ou aos Laboratórios Regionais de Próteses, de acordo com a necessidade individual (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2011c; BRASIL, 2011d; BRASIL, 2011e; BRASIL, 2011f). Na atenção terciária, houve mudanças no sistema das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH). A internação era autorizada para somente para procedimentos cirúrgicos, passa a ser integral (BRASIL, 2015).

A notícia sobre o declínio na prevalência da cárie é importante, mas a cárie segue provocando perdas dentárias em milhões de brasileiros (NARVAI; FRAZÃO, 2008). Os serviços odontológicos devem ser reorganizados de modo que a assistência curativa não seja a prioridade. O quadro alarmante de edentulismo no Brasil se tornou um problema de Saúde Pública, com uma grande demanda populacional carente de reabilitação oral. O grande número de desdentados é um dos principais problemas de saúde bucal (MENDONÇA, 2001). Os serviços públicos não fornecem uma gama ampla de procedimentos odontológicos, limitando a prática da assistência odontológica, tornando-a mutiladora, cuja extração dentária é a única porta de saída (MELLO, ERDMANN, 2007).

### 3.4 Procedimento Odontológico e Indicadores de Saúde

O procedimento odontológico é a ação de executar um trabalho visando diagnosticar, tratar ou prevenir as patologias orais. De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar, os procedimentos odontológicos se classificam em: diagnóstico, urgência/emergência, radiologia, prevenção em saúde bucal, dentística (restaurador), periodontia, endodontia e exodontia (cirurgia) (ANEXO A).

A escolha do procedimento adequado, dentre os citados acima, é feita com base nas principais doenças bucais registradas na rede de serviços de informática do SUS (DATASUS). Essa seleção é fundamentada de acordo com a relevância das ações de prevenção, bem como a adequação de tratamento para cada tipo de doença. Além dos procedimentos citados, há ainda a utilização de próteses dentárias, importante medida para a reabilitação oral.

Um indicador é uma representação numérica ou não que nos permite produzir informações para elaborar um conhecimento sobre determinada situação (FERREIRA, 2001). Para que um indicador seja considerado de qualidade, exige-se (RIPSA, 2008): validade, confiabilidade, mensurabilidade, relevância e custo-efetividade.

Os indicadores de saúde são medidas-síntese que contêm informação relevante do estado de saúde das populações. Os indicadores avaliam o desempenho tanto de serviços de saúde como de sistemas de saúde (SOAREZ *et al.*, 2005). Na saúde bucal há muito que ser feito para a utilização adequada dos mesmos (SOAREZ *et al.*, 2005).

Indicadores de AB são os indicadores utilizados na atenção primária. O Pacto dos Indicadores da AB foi instituído pela Portaria GM/MS 3.925, de 1998 (BRASIL, 1998, MEDEIROS, 2012) que aprovou o “Manual para Organização da AB” (BRASIL, 1998) e forma uma base para metas para municípios e estados (BRASIL, 2006d; BRASIL 2006e; BRASIL 2006f). A partir de então, a cada ano, é publicada a relação de indicadores a serem pactuados pelos gestores (BRASIL, 2003b; BRASIL, 2003c; BRASIL, 2006d; BRASIL 2006e; BRASIL 2006f; BRASIL, 2013b).

A Portaria nº 21, de 5 de janeiro de 2005 afirma que o Pacto dos Indicadores da AB constitui instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações de saúde (BRASIL, 2005b). O esforço de incorporação do Pacto como instrumento de

gestão, aprimora os processos organizacionais e o desempenho (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2013c).

### 3.4.1 Indicadores de Saúde Bucal

O MS definiu indicadores para a avaliação das ações e serviços de saúde bucal referentes à AB. Com relação aos indicadores de saúde bucal pactuados entre os anos de 2003 e 2005, foram selecionados para a pactuação três indicadores, sendo dois obrigatórios (cobertura de primeira consulta odontológica e razão entre os procedimentos odontológicos e população de 0 a 14 anos) e um complementar (proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais) (BRASIL, 2003d; BRASIL, 2005b).

A partir de então, em todo ano, vêm sendo publicadas as orientações para o processo de pactuação e a relação de indicadores a serem pactuados. Na Portaria nº 493/GM, de 10 de março de 2006 (BRASIL, 2006b, BRASIL, 2006c) são definidos outros indicadores:

- **Cobertura de primeira consulta odontológica programática** – percentual de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática, realizada com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um Plano Preventivo-Terapêutico (PPT), para atender às necessidades detectadas.
- **Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada** – percentual de pessoas que participaram da ação coletiva de escovação dental supervisionada. Expressa o percentual de cobertura correspondente à média de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional treinado, em determinado local e ano visando à prevenção de doenças bucais.
- **Média de procedimentos odontológicos básicos individuais** – consiste no número médio de procedimentos odontológicos básicos, clínicos e/ou cirúrgicos, realizados por indivíduo, na população residente em determinado local e período.
- **Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais** – consiste na proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às demais ações odontológicas individuais realizadas no âmbito do SUS.

Em 2007, o MS, por meio da Portaria nº 91/GM, estabeleceu apenas três indicadores a serem pactuados pelos municípios para a área de saúde bucal,

retirando a Proporção de Procedimentos Odontológicos Especializados em relação às Ações Odontológicas Individuais (BRASIL, 2007b).

Em 2008, começou a vigorar uma nova tabela, a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, o que causou modificações nos códigos de alguns procedimentos. Alguns procedimentos em Odontologia foram extintos ou agregados. Essa alteração na Tabela do SUS mudou a base de cálculo de alguns indicadores de saúde bucal pactuados, não permitindo uma análise temporal contínua dos indicadores com essa modificação a partir de 2008 e dificultando a construção de uma série histórica confiável. Neste mesmo ano, nova alteração foi realizada na pactuação dos indicadores de saúde bucal, por meio da Portaria nº 325/GM/MS, considerando apenas dois indicadores de AB para a saúde bucal, sendo um principal: Cobertura de Primeira Consulta Programática e um complementar: Cobertura de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada (BRASIL, 2008).

Ficaram mantidas para 2009, por meio da Portaria nº 48/GM/MS, as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, definidos pela Portaria nº 325/GM (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009b). Em novembro de 2009, esses indicadores foram abolidos do Pacto pela Saúde, deixando a saúde bucal sem indicadores durante o ano de 2010.

Em 2011, por meio da Portaria GM/MS nº 3.840/GM, de 7 de dezembro de 2010, reinseriu o indicador de saúde bucal Cobertura de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada e incorporado ao Pacto indicador Cobertura Populacional estimada das ESB na ESF.

Na pactuação de 2012, o MS retirou do Pacto pela Saúde o indicador de cobertura populacional estimada das ESB da ESF e substituiu pela cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal, incluindo no método de cálculo a carga horária dos cirurgiões-dentistas da AB, lotados nas unidades tradicionais e Unidade Básica de Saúde da Família.

Há três indicadores de saúde bucal para pactuação de estados e municípios: cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal; média da ação coletiva de escovação dental supervisionada e proporção de exodontia em relação aos procedimentos.

A Política Nacional de Saúde Bucal apresenta desafios na avaliação das ações de saúde bucal por meio dos indicadores de saúde bucal, devido às diversas

alterações que vêm ocorrendo na seleção dos indicadores de saúde bucal expressos nos instrumentos nacionais de pactuação e monitoramento do SUS.

As ESB foram melhor avaliadas a partir de 2011, com a criação da portaria 1.654, de 19 de julho de 2011 que instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.

São diretrizes do PMAQ-AB:

I - construir parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da atenção básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde;

II - estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica;

III - transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade;

IV - envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica;

V - desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;

VI - estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários;

e VII - caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos

Sete indicadores específicos de saúde bucal foram introduzidos pelo MS dentro do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Os indicadores de

saúde bucal do PMAQ-AB são divididos de acordo com sua função em análise de desempenho ou monitoramento, assim:

Indicadores do PMAQ-AB de análise de desempenho são quatro:

- **Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática**
- **Cobertura da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada**
- **Primeira Consulta da gestante**
- **Razão entre Tratamentos Concluídos e Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas:** Mede-se a proporção das pessoas que iniciaram o tratamento odontológico e conseguiram terminar esse mesmo tratamento.

Indicadores do PMAQ-AB de monitoramento são três:

- **Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante;**
- **Média de instalação de próteses dentárias**
- **Taxa de incidência de alteração da mucosa oral (BRASIL, 2012a)**

A importância da informação para o planejamento, execução e avaliação torna-se evidente com a implantação do SUS em 1988. A informação em saúde é produzida com o objetivo de identificar problemas individuais e coletivos (BRANCO, 2001; FRANÇA, 2013).

O Sistema de Informação em Saúde é um conjunto de armazenamento de dados, visando à produção de informações para a tomada de decisões sobre as ações (BRASIL, 1998; FERREIRA, 2001)

Os sistemas nacionais que registram os procedimentos realizados pelas equipes de saúde bucal eram o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e o Sistema de Informação da AB (SIAB)(BRASIL, 2011e; FREITAS, PINTO,2005). Em 10 de julho de 2013, surge o Sistema de Informação em Saúde para a AB (SISAB), instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, passando a ser o sistema de informação da AB vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de AB, substituindo o Sistema de Informação da AB (SIAB). Há mudança e padronização na ficha de atendimento odontológico individual, abrangendo novos procedimentos odontológicos básicos individuais (BRASIL, 2015) (ANEXO B).

É responsabilidade do cirurgião-dentista preencher obrigatoriamente o prontuário individual do paciente (documento legal do histórico do usuário); a ficha de atendimento odontológico individual e a parte específica da ficha PMA2-C (ANEXO C). Ao final de cada mês, os procedimentos registrados devem ser

consolidados no Boletim de Produção Ambulatorial, para posterior importação no sistema SIA/SUS. A consulta ao SIA/SUS permite um acompanhamento da produção odontológica e efetua o cálculo dos indicadores odontológicos nos municípios. As informações em saúde seguem um fluxo, desde o seu registro na ponta do sistema de saúde (dado primário) até a sua disponibilização para consulta pública no *link*: <http://www.datasus.gov.br>.

Os indicadores em saúde bucal visam subsidiar o planejamento de políticas e avaliar necessidades de promoção da saúde bucal nos municípios. Entretanto, podem apresentar algumas limitações como inconsistências nos registros dos procedimentos realizados no Boletim de Produção Ambulatorial (BPA/SIA/SUS), sendo necessário que estados e municípios se organizem para melhorar os registros, realizando-os de forma adequada (FISHER, 2008).

## **4. MÉTODO**

### **4.1 Tipo do estudo**

Trata-se de um estudo transversal e descritivo.

### **4.2 Local do estudo**

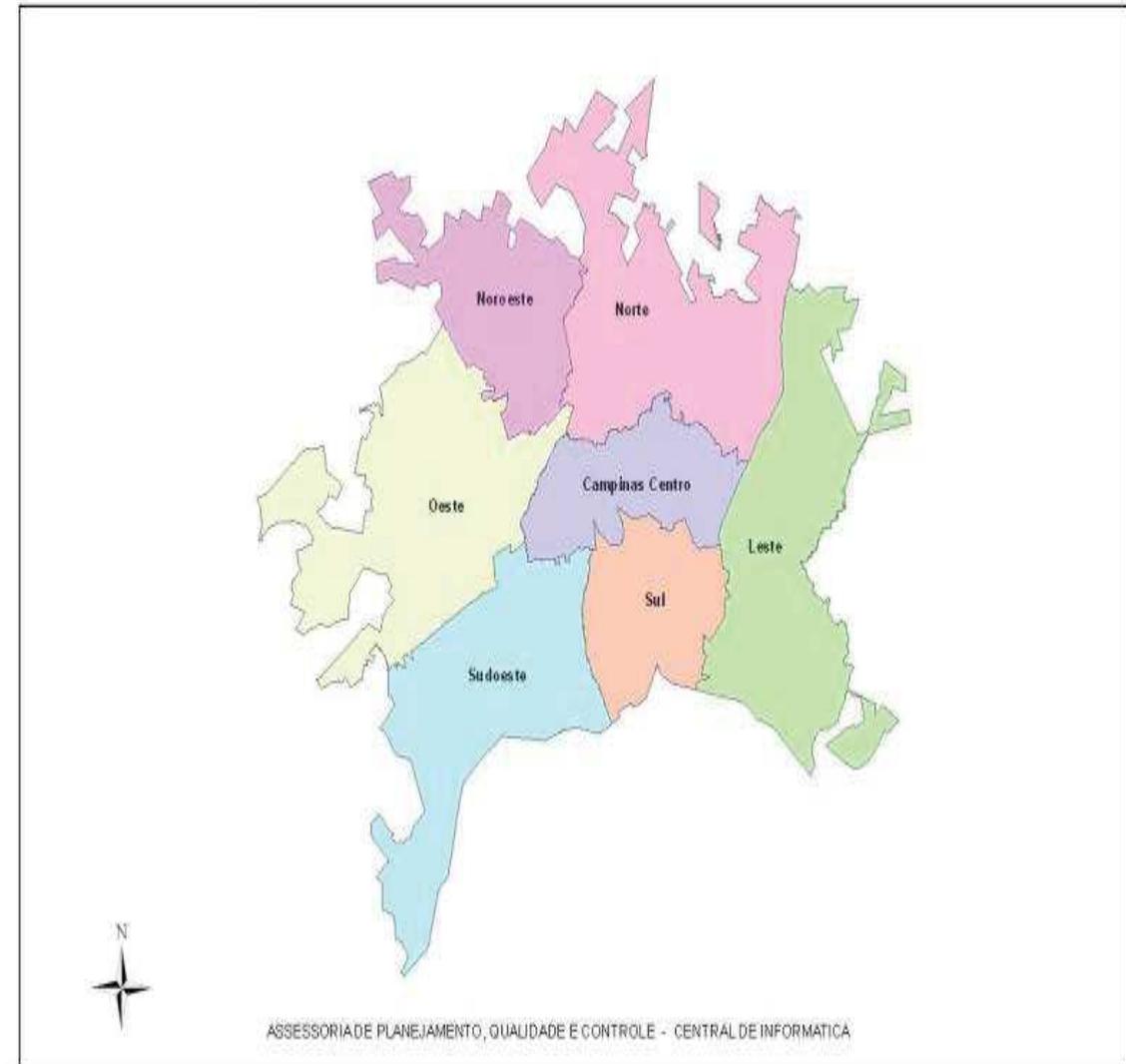
Município de Goiânia, Estado de Goiás, Brasil. De acordo com uma estimativa realizada pelo IBGE em 2014, a população de Goiânia era de 1.412.364 habitantes, com 256,8 quilômetros quadrados de área urbana, era o décimo segundo município mais populoso do Brasil. Seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2010 foi de 0,799. Em relação aos 245 outros municípios de Goiás, Goiânia ocupava a primeira posição em relação ao IDHM (IBGE, 2014).

A figura 1 representa o mapa de Goiânia, segundo Regiões Administrativas de saúde.

### **4.3 Coleta dos dados**

Foram coletados dados referentes aos procedimentos odontológicos e aos indicadores de saúde bucal da cidade de Goiânia. Os dados foram obtidos no banco de dados do Departamento de Informática do SUS, no *site* [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br) referente aos anos de 2013, 2014 e 2015.

Figura 1 - Mapa de Goiânia, segundo Regiões Administrativas de saúde



Fonte: Secretaria Municipal de Goiânia.

A escolha dos indicadores de saúde bucal desta pesquisa foi pautada na frequência, na relevância e na atualidade dos indicadores de saúde bucal preconizados pelo MS. O registro de dados em Goiânia também interferiu na escolha destes indicadores. Foram eles:

- **Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática**
- **Cobertura da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada**
- **Média de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais**
- **Proporção de Exodontias na Dentição Permanente em relação ao total de Procedimentos Odontológicos Individuais** – mostra o grau de mutilação da

assistência odontológica no âmbito municipal que deveria ser, em sua maioria, restaurador, conservador e preventivo. Ele é um importante indicador e é calculado dividindo-se o total de exodontias de dentes permanentes pelo total de procedimentos odontológicos básicos individuais realizados em determinado local e período (BRASIL, 2003d).

- **Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal:** Mede-se a cobertura das equipes de saúde bucal. Maior cobertura indica maior oferta de serviços de odontologia básica e facilidade de acesso.

- **Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde da família:** Mede-se a cobertura das equipes de saúde da família.

- **Taxa de Incidência de diagnóstico de alterações da mucosa oral:** indicador de monitoramento.

- **Razão entre Tratamentos Concluídos e Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas:** Mede-se a proporção das pessoas que iniciaram o tratamento odontológico e conseguiram terminar esse mesmo tratamento.

Os dados referentes aos procedimentos odontológicos e indicadores de saúde bucal foram obtidos pelo Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), por meio do banco de dados do MS (Datatus), cujo documento básico é o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), preenchido pelas unidades ambulatoriais no nível municipal (Endereço eletrônico: <http://tabnet.datasus.gov.br/>).

Os dados populacionais foram levantados por meio de buscas nos *sites* oficiais do MS, da base demográfica do IBGE, no endereço eletrônico [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br).

#### **4.4 Variáveis do estudo**

As variáveis dependentes relacionam-se ao tipo de procedimento odontológico realizado e aos indicadores da área odontológica no Pacto da AB do SUS.

O Quadro 1 apresenta os tipos de procedimentos odontológicos registrados, o Quadro 2 apresenta os indicadores de saúde bucal e o quadro 3 apresenta as variáveis independentes.

Quadro1 - Tipos de procedimentos odontológicos registrados no DATASUS, 2013 a 2015.

<b>Tipos de procedimentos</b>	<b>Categorias</b>
Endodôntico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)</li> <li>- Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico,</li> <li>- Obturação de dente decíduo,</li> <li>- Obturação em dente permanente birradicular</li> <li>- Obturação em dente permanente com três ou mais raízes</li> <li>- Obturação em dente permanente unirradicular</li> <li>- Pulpotomia dentária</li> <li>- Retratamento endodôntico em dente permanente bi-radicular</li> <li>- Retratamento endodôntico em dente permanente com três ou mais raízes</li> <li>- Retratamento endodôntico em dente permanente unirradicular</li> <li>- Selamento de perfuração radicular</li> </ul>
Exodontia (cirúrgico)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exodontia de dente decíduo</li> <li>- Exodontia de dente permanente</li> <li>- Exodontia múltipla com alveoloplastia por sextante</li> </ul>
Periodontia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Raspagem, alisamento e polimento supragengivais (por sextante)</li> <li>- Raspagem, alisamento subgengivais (por sextante)</li> <li>- Raspagem corono-radicular (por sextante)</li> </ul>
Preventivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicação de carióstático por dente</li> <li>- Aplicação de selante por dente</li> <li>- Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)</li> <li>- Evidenciação de placa bacteriana</li> </ul>
Protético	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prótese parcial mandibular removível,</li> <li>- Prótese parcial maxilar removível,</li> <li>- Prótese temporária,</li> <li>- Prótese total mandibular,</li> <li>- Prótese total maxilar</li> </ul>
Restaurador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Restauração de dente decíduo</li> <li>- Restauração de dente permanente anterior</li> <li>- Restauração de dente permanente posterior</li> </ul>

Fonte: DATASUS modificado.

Quadro 2- Indicadores de Saúde Bucal selecionados para o estudo no DATASUS, 2013 a 2015.

Indicadores de saúde bucal	Método de cálculo
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	$\frac{(n + n \text{ ESB})}{\text{População IBGE}} \times 3.000^* \times 100$ <p>Onde n = Soma da carga horária do Cirurgião-Dentista /40</p> <p>*Esse número é utilizado para estimar o número de ESB da Atenção Primária implantado, cobrindo o mesmo número de pessoas que uma ESF (3.000). Quando o cálculo da cobertura apresentar valor superior a 100% em função da população do município ser menor que 3000 pessoas, limita-se essa cobertura a 100%.</p>
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde da família	$\frac{(n \text{ ESF} + n \text{ ESF equivalente})}{\text{População IBGE}} \times 3.000^* \times 100$ <p>*Esse número é utilizado para estimar o número de ESB da Atenção Primária implantado, cobrindo o mesmo número de pessoas que uma ESF (3.000). Quando o cálculo da cobertura apresentar valor superior a 100% em função da população do município ser menor que 3000 pessoas, limita-se essa cobertura a 100%.</p>
Proporção de exodontias na dentição permanente em relação ao total de procedimentos odontológicos individuais	<p>Razão entre exodontias de dentes permanentes e procedimentos odontológicos individuais na AB</p> $\frac{\text{Número de exodontias em dentes permanentes}}{\text{Número total de procedimentos odontológicos individuais em determinado local e período}} \times 100$
Média de procedimentos odontológicos básicos individuais	$\frac{\text{Número de procedimentos odontológicos básicos individuais em determinado local e período}}{\text{População no mesmo local e período}}$
Média de escovação dental supervisionada	$\frac{\text{Número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local e período}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$
Cobertura da primeira consulta odontológica programática (Proporção da população com acesso a tratamento odontológico)	$\frac{\text{Número total de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado local e período}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$ <p>MS preconiza um dentista para cada 1.500 a 5.000 habitantes (BRASIL, 2002)</p>
Taxa de incidência de diagnóstico de alterações da mucosa oral	$\frac{\text{Número de alteração na mucosa oral instalado em determinado local e período}}{\text{População cadastrada no mesmo local período}} \times 1000$
Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	$\frac{\text{Número de Tratamentos Concluídos pelo CD}}{\text{Número de primeiras consultas programáticas}} \times 100$

Fonte: DATASUS

Quadro 3- Variáveis independentes selecionados para o estudo.

<b>Dados demográficos</b>	
Sexo	- Masculino - Feminino
Grupo Etário*	- 0 a 9 anos - 10 a 19 anos - 20 a 34 anos - 35 a 59 anos - Acima de 60 anos

Fonte: \*o critério para agrupar foi o mais próximo das idades preconizadas pela OMS e pelo Datasus.

#### **4.5 Análise dos dados**

Foram coletados dados relacionados ao período de 2013 a 2015. Os dados coletados foram primeiramente tabulados em uma planilha com a utilização do *software* Excel (2013) e, posteriormente, analisados com o auxílio do pacote estatístico SPSS (Statistical Package for Social Science), versão 23.0. O manual de coleta de dados passo-a-passo está no Apêndice A.

Foram realizadas estatísticas descritivas para todas as variáveis, incluindo medidas de frequência absoluta e relativa. A análise comparativa do sexo e faixa etária com os tipos de procedimentos foi realizada por meio do teste do Qui-quadrado *Post-Hoc*, que verificou se existia diferença significativa nas proporções entre as colunas (BEASLEY; RANDALL, 1995).

Para análise dos dados (para distribuição dos procedimentos odontológicos por faixa etária), essas variáveis foram agrupadas e dicotomizadas em menores que 34 anos e maiores e iguais a 34 anos para fins estatísticos. Tal dicotomização da faixa etária considerou que menores de 34 anos têm um nível de desgaste dentário menor que as pessoas com idade superior a 34 anos. Para todos os testes foi utilizado o nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

#### **4. 6 Aspectos éticos**

Este estudo não precisou ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, segundo a Resolução 510, de 07 de abril de 2016 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016; GUERRIERO, 2016).

A Lei nº 12.527/2011 regulamenta o direito constitucional de acesso às informações públicas. Essa norma entrou em vigor em 16 de maio de 2012 e criou mecanismos que possibilitam, a qualquer pessoa, física ou jurídica, sem necessidade de apresentar motivo, o recebimento de informações públicas dos órgãos e entidades (BRASIL, 2011d).

## 5 RESULTADOS

O número e a frequência de procedimentos odontológicos registrados em Goiânia e distribuídos de acordo com os anos estão apresentados na Tabela 1. O número total de procedimentos odontológicos registrados em Goiânia foi maior em 2015 do que os registros de 2013 e 2014. Houve maior número de registros, em 2015, dos procedimentos de exodontia, periodontia, preventivo e restaurador.

Observa-se que o maior número de procedimentos realizados foi de periodontias, seguido de procedimentos protéticos, restauradores e preventivos. O número de procedimentos odontológicos aumentou entre os anos 2013 e 2015, com exceção para a prótese, que foi maior no ano de 2013. Todos os procedimentos tiveram baixo registros anualmente, principalmente a endodontia. Os dados apresentados pelos valores  $p^*$  indicam a diferença na frequência de procedimentos realizados entre 2013 e 2015. Em Exodontia, por exemplo, a diferença de frequência entre os anos estudados foi menor que 0,001.

As letras indicam a comparação das frequências de cada um dos tipos de procedimentos entre os anos. Letras diferentes representam diferenças significativas. Nos procedimentos de exodontia, preventivo e restaurador, por meio da análise das letras, pode-se perceber em que ano houve maior diferença de frequência: 2014 teve uma frequência relativamente maior que em 2013, e 2015 teve uma frequência significativamente maior que 2014.

Em relação ao procedimento de periodontia, não houve uma diferença acentuada entre a frequência dos anos 2013 e 2015, pois os dois anos estão assinalados com a letra "a". Em relação aos anos 2013 e 2014, houve uma maior frequência no ano 2014 do que no ano 2013. Houve maior frequência do tratamento em 2014 em relação a 2015 também. A diferença de frequência de procedimentos protéticos nos anos, expressa em  $p^*$ , foi de 0,03.

Tabela 1. Número de procedimentos odontológicos em Goiânia, registrados de acordo com os anos. DATASUS, 2016.

Tipos de procedimentos	2013 n (%)	2014 n (%)	2015 n (%)	Total	<i>p</i> *
Endodontia	28 (28,9) <sub>a</sub>	19 (19,6) <sub>a</sub>	50 (51,5) <sub>a</sub>	97 (100,0)	0,32
Exodontia	48 (13,2) <sub>a</sub>	76 (20,9) <sub>b</sub>	239 (65,8) <sub>c</sub>	363 (100,0)	<0,001
Periodontia	628 (22,7) <sub>a</sub>	865 (31,3) <sub>b</sub>	1.275 (46,1) <sub>a</sub>	2.768 (100,0)	0,01
Preventivo	140 (14,9) <sub>a</sub>	247 (26,4) <sub>b</sub>	550 (58,7) <sub>c</sub>	937 (100,0)	0,002
Protético	696 (35,5) <sub>a</sub>	579 (29,6) <sub>b</sub>	684 (34,9) <sub>a</sub>	1.959 (100,0)	0,03
Restaurador	337 (18,2) <sub>a</sub>	646 (34,9) <sub>b</sub>	866 (46,8) <sub>c</sub>	1.849 (100,0)	0,005
Total	1.883 (28,8) <sub>b</sub>	1.247 (19,1) <sub>a</sub>	3.414 (52,2) <sub>c</sub>	6.544 (100,0)	0,02

\*Teste do Qui-quadrado *PostHoc*

Em relação à distribuição do número e da frequência de procedimentos registrados de acordo com a faixa etária dos pacientes (DATASUS, 2016), houve maior frequência de tratamento de prótese realizado em paciente do sexo feminino (30,00%,  $p < 0,001$ ) e maior frequência de tratamento preventivo (12,90%,  $p < 0,001$ ) e restaurador em homens (27,10%,  $p < 0,001$ ) (Tabela 2).

Tabela 2. Resultado dos tipos de procedimentos odontológicos registrados em Goiânia, no período entre 2013 a 2015, de acordo com o sexo dos pacientes. DATASUS, 2016.

<b>Tipos de procedimentos</b>	<b>Masculino n (%)</b>	<b>Feminino n (%)</b>	<b>Total</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p*</b>
Endodontia	43 (1,20)	54 (1,30)	97 (1,20)	0,17	0,68
Exodontia	182 (4,90)	181 (4,20)	363 (4,60)	2,16	0,14
Periodontia	1.316 (35,60)	1.452 (34,00)	2.768 (34,70)	2,30	0,13
Preventivo	476 (12,90)	461 (10,80)	937 (11,80)	8,34	<0,001
Protético	677 (18,30)	1.282 (30,00)	1.959 (24,60)	145,98	<0,001
Restaurador	1,004 (27,10)	845 (19,80)	1.849 (23,20)	60,69	<0,001
Total	3.698 (100,00)	4.275 (100,00)	7.973 (100,0)		

\*Teste do Qui-quadrado *PostHoc*

A faixa etária que mais utilizou os serviços odontológicos e que realizou maior proporção de procedimentos de endodontia, exodontia, periodontia e restauradores foi a idade entre 35 e 59 anos. A maior proporção de tratamento preventivo foi realizada na população com idade menor ou igual a nove anos. Maior número de tratamento protético foi na faixa etária igual ou maior que 60 anos (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição do tipo e da frequência de procedimentos odontológicos, registrada em Goiânia de acordo com a faixa etária dos pacientes, nos anos de 2013, 2014 e 2015. DATASUS, 2016.

<b>Tipos de procedimentos</b>	<b>2013 n (%)</b>	<b>2014 n (%)</b>	<b>2015 n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>
<b>Endodontia</b>				
≤ 9 anos	7 (25,00)	1 (5,26)	7 (14,00)	15 (15,50)
10 a 19 anos	2 (7,14)	3 (15,79)	5 (10,00)	10 (10,30)
20 a 34 anos	1 (3,57)	1 (5,26)	5 (10,00)	7 (7,20)
35 a 59 anos	17 (60,72)	6 (31,57)	28 (56,00)	51 (52,60)
≥ 60 anos	1(3,57)	8 (42,12)	5 (10,00)	14 (14,40)
<b>Exodontia</b>				
≤ 9 anos	19 (39,60)	30 (39,50)	49 (20,50)	98 (27,00)
10 a 19 anos	2 (4,20)	20 (26,30)	44 (18,40)	66 (18,20)
20 a 34 anos	1 (2,10)	1 (1,30)	23 (9,60)	25 (6,90)
35 a 59 anos	20 (41,60)	20 (26,30)	91 (38,10)	131 (36,10)
≥ 60 anos	6 (12,50)	5 (6,60)	32 (13,40)	43 (11,80)
<b>Periodontia</b>				
≤ 9 anos	6 (1,00)	2 (0,20)	28 (2,20)	36 (1,30)
10 a 19 anos	7 (1,10)	14 (1,60)	80 (6,30)	101 (3,60)
20 a 34 anos	50 (8,00)	77 (8,90)	177 (13,90)	304 (11,00)
35 a 59 anos	424 (67,50)	571 (66,00)	693 (54,40)	1.688 (61,00)
≥ 60 anos	141 (22,40)	201 (23,30)	297 (23,20)	639 (23,10)
<b>Preventivo</b>				
≤ 9 anos	108 (77,20)	156 (63,20)	150 (27,30)	414 (44,20)
10 a 19 anos	22 (15,70)	72 (29,10)	127 (23,10)	221 (23,60)
20 a 34 anos	1 (0,70)	13 (5,30)	83 (15,10)	97 (10,40)
35 a 59 anos	8 (5,70)	5 (2,00)	158 (28,70)	171 (18,20)
≥ 60 anos	1 (0,70)	1 (0,40)	32 (5,80)	34 (3,60)
<b>Protético</b>				
10 a 19 anos	2 (0,29)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,10)
20 a 34 anos	3 (0,43)	1 (0,17)	3 (0,44)	7 (0,36)
35 a 59 anos	274 (39,37)	196 (33,85)	203 (29,68)	673 (34,35)
≥ 60 anos	417 (59,91)	382 (65,98)	478(69,88)	1277 (65,19)
<b>Restaurador</b>				
≤ 9 anos	111 (32,90)	149 (23,10)	117 (13,50)	377 (20,40)
10 a 19 anos	7 (2,10)	67 (10,40)	78 (9,00)	152 (8,20)
20 a 34 anos	23 (6,80)	69 (10,70)	65 (7,50)	157 (8,40)
35 a 59 anos	123 (36,50)	239 (37,00)	425 (49,10)	787 (42,50)
≥ 60 anos	73 (21,70)	122 (18,80)	181 (20,90)	376 (20,30)
<b>Total</b>				
≤ 9 anos	251 (13,33)	337(13,90)	351 (9,58)	939 (11,78)
10 a 19 anos	42 (2, 23)	176 (7,36)	334 (9,11)	552 (6,92)
20 a 34 anos	79 (4,20)	162 (6,68)	356 (9,71)	597 (7,49)
35 a 59 anos	868 (46,10)	1.035 (42,68)	1.598 (43,60)	3.501 (43,91)
≥ 60 anos	643 (34,17)	715 (29.48)	1.026 (28,00)	2.384 (29,90)

Entre todos os procedimentos registrados, houve maior proporção dos tratamentos periodontais. Os dados apresentados pelos valores  $p^*$  indicam a diferença na frequência de procedimentos realizados entre as faixas etárias. Em Exodontia, por exemplo, a diferença de frequência registrada entre as faixas etárias estudadas foi menor que 0,001.

Existe, também, maior proporção de procedimento preventivo e restaurador entre a faixa etária igual ou menor do que 34 anos; maior proporção de procedimento periodontal e protético em idade maior que 34 anos (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição dos tipos de procedimentos odontológicos e da frequência registrada de acordo com a faixa etária da população atendida entre os anos de 2013 a 2015 em Goiânia. DATASUS, 2016.

Tipos de procedimentos	Faixa etária n (%)		Total	$\chi^2$	$p^*$
	$\leq 34$	$> 34$			
Endodontia	32 (1,50)	65 (1,10)	97 (1,20)	2,34	0,13
Exodontia	189 (9,00)	174 (3,00)	363 (4,60)	131,59	<0,001
Periodontal	441 (21,10)	2.327 (39,50)	2.768 (34,70)	231,23	<0,001
Preventivo	732 (35,00)	205 (3,50)	937 (11,80)	1.480,30	<0,001
Protético	9 (0,40)	1.950 (33,10)	1.959 (24,60)	890,01	<0,001
Restaurador	686 (32,80)	1.163 (19,80)	1.849 (23,20)	147,92	<0,001
Total	2.089 (100,00)	5.884 (100,00)	7.973 (100,0)		

\*Teste do Qui-quadrado *PostHoc*

Quanto aos dados relacionados aos indicadores de atenção primária em saúde bucal, a Tabela 5 apresenta a distribuição da cobertura da escovação dentária, da cobertura populacional feita pela ESB e da cobertura populacional realizada pela ESF, dados registrados nos anos de 2013, 2014 e 2015 em Goiânia.

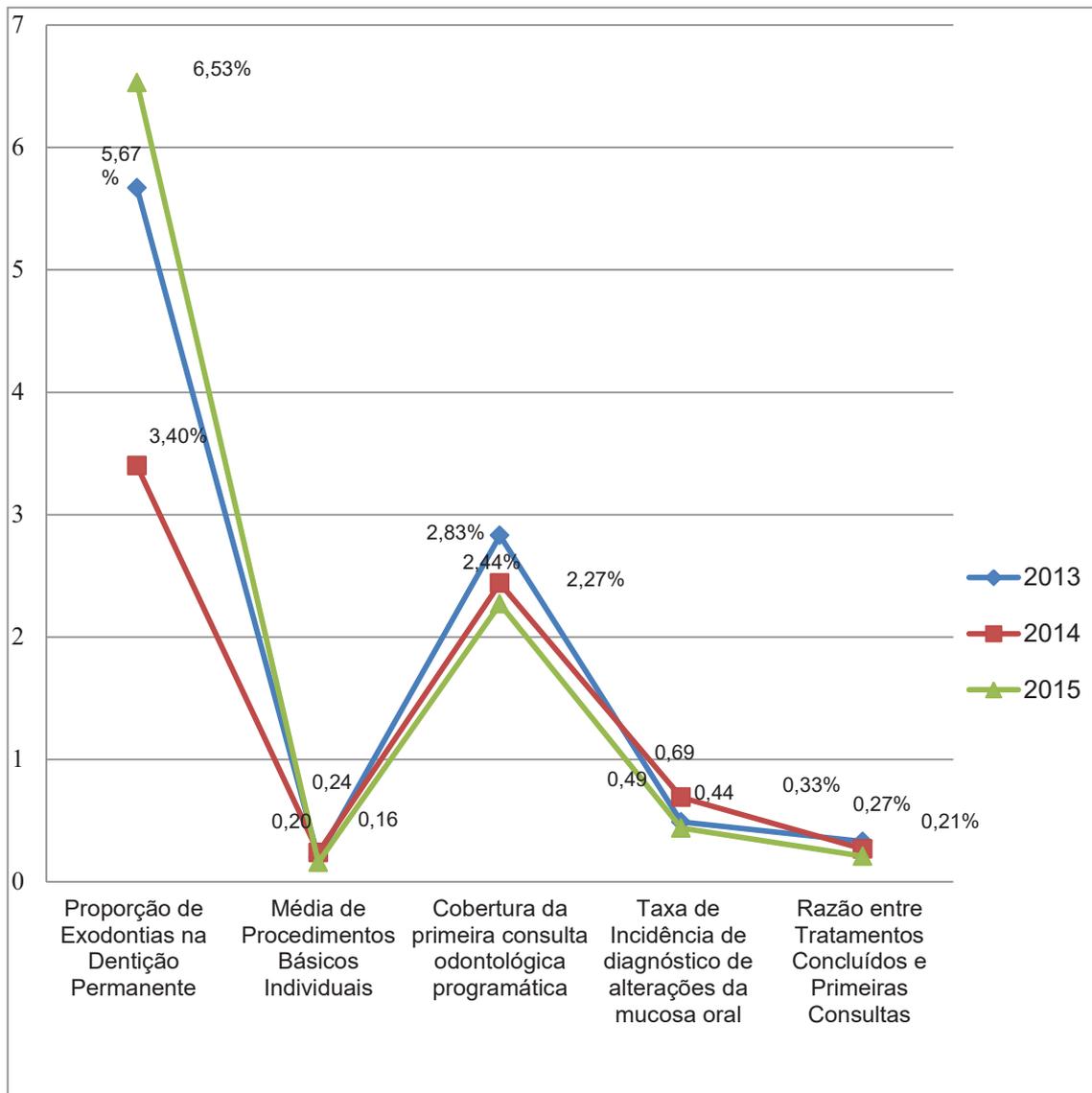
A cobertura populacional ESB ficou abaixo de 50% em todos os registros. Era esperado um percentual da cobertura de escovação dentária pactuado de 3%. Em Goiânia esse percentual foi baixo nos três anos.

Tabela 5. Tipos de cobertura odontológica registrada em Goiânia, nos anos de 2013, 2014 e 2015. DATASUS, 2016.

<b>Cobertura</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Cobertura de escovação dentária	2,57%	0,07%	0,06%
Cobertura populacional ESB	36,94%	37,34%	36,04%
Cobertura populacional ESF	55,47%	57,50%	53,05%

O Gráfico 1 representa a distribuição dos indicadores de saúde bucal registrados nos anos de 2013, 2014 e 2015 em Goiânia. A proporção de exodontia de dentes permanentes diminuiu no ano de 2014, mas subiu em 2015. Tal quadro não foi percebido em relação à média de procedimentos básicos individuais, cuja maior ocorrência foi em 2014, depois em 2013 e 2015, respectivamente. A proporção da primeira consulta odontológica e a razão dos tratamentos concluídos foram decrescendo com o tempo. Em 2014, houve a maior taxa de incidência de diagnóstico de alterações da mucosa oral. Esses dados foram abaixo do esperado. Isso demonstra que os tratamentos iniciados não foram concluídos

Gráfico 1. Indicadores de Saúde Bucal registrados nos anos de 2013, 2014 e 2015 em Goiânia (DATASUS, 2016)



## 6 DISCUSSÃO

De acordo com dados obtidos dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS) e apresentados, observa-se que os procedimentos registrados tiveram a frequência extremamente baixa especialmente a endodontia. Isso pode ser causado por falta de registro ou por falta de material ou ainda por problemas estruturais.

Nessa pesquisa, observa-se que o maior número de procedimentos realizados foi de periodontias, seguido dos procedimentos protéticos; sendo diferente do estudo descritivo de atenção odontológica de média e alta complexidade, realizado em Santa Catarina, que utilizou dados disponíveis nos Sistemas de Informação do SUS, do período de 2000 a 2006. De acordo com essa pesquisa, o procedimento odontológico especializado mais frequente é o de radiologia (44,4%), seguido dos procedimentos de periodontia (21,5%), endodontia (14,2%), cirurgia (6,7 %) e restaurador (6,4%) (COLUSSI, 2009).

A prevalência de perda dentária, segundo o levantamento epidemiológico de 2010, foi de 64,8% no país. No Centro-Oeste, 13,3% da população tem ausência total de dentes, 15,8% têm de um a 19 dentes presentes e somente 36,4% têm acima de 20 dentes. Borges *et al.* (2014) descreveram o perfil das perdas dentárias em adultos com idade de 35 a 44 anos, residentes em municípios do entorno de Belo Horizonte, Minas Gerais. Esse estudo transversal exploratório analisou dados referentes a 1.013 indivíduos e concluiu que a perda dentária é gerada por três fatores principais: baixo capital social, idade mais avançada e baixa escolaridade.

Os laboratórios regionais de prótese dentária fazem parte do Programa Brasil Sorridente, uma iniciativa do Governo Federal para oferecer saúde bucal de qualidade para a população. Até 2003, praticamente não havia oferta de próteses odontológicas no Sistema Único de Saúde (SUS). Com a criação destes laboratórios, a rede pública de saúde passou a ofertar o serviço reabilitador, uma das principais necessidades relacionadas à saúde bucal.

O presente estudo revelou maior frequência de tratamentos protéticos realizados em pacientes do sexo feminino (30%,  $p < 0,001$ ), compatibilizando com o estudo do SB Brasil 2010, que revelou que somente 31,40% das mulheres possuíam todos os dentes, não precisando de prótese. Menoli *et al.* (2013) em levantamento epidemiológico relativo a necessidade de prótese, em adultos no município de Cascavel, Paraná, mostrou que 55,60 % da população examinada não usa, embora

necessite de algum tipo de prótese dentária superior ou inferior. Destes, 10,8% dos indivíduos entre 18 e 32 anos necessitavam de prótese fixa inferior, 7,6%, necessitam de prótese parcial removível inferior e 6,8%, de prótese fixa superior.

O IBGE, na Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, estimou que, no Brasil, dentre as pessoas com 18 anos ou mais de idade, cerca de 11,0% perderam todos os dentes, o que corresponde a um contingente de 16,0 milhões de pessoas. Desse total, é maior a proporção de mulheres do que de homens (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015). Uma justificativa para esse resultado é que o aumento da expectativa de vida feminina pode estar associado a uma maior necessidade de próteses dentárias (BARBOSA *et al.*, 2011). A expectativa de vida da mulher é de 80 anos ou mais, e muitas passam até 40% da vida na menopausa, que é um fator de risco para a osteoporose. Vinte e cinco milhões de americanos (CARRANZA *et al.*, 2016) e aproximadamente 10 milhões de brasileiros têm osteoporose (INTERNATIONAL OSTEOPOROSIS FOUNDATION; 2004), sendo que 80% deles são mulheres (CARRANZA *et al.*, 2016; POTTER, PERRY; 2005.). Evidências indicam que há relação entre a osteoporose e a perda dentária (CARRANZA *et al.*, 2016; MUDDA *et al.*, 2010). Além desses fatores, as mulheres passam por várias alterações hormonais, como menstruação e gestação, e os estrógenos contribuem para o desenvolvimento da doença periodontal. Há ainda o efeito cumulativo de registros de mais de uma gestação, apresentado como efeito negativo sobre a saúde bucal das mulheres (MOIMAZ, 2007).

Neste estudo, a maior frequência de tratamento preventivo foi nos homens discordando de outra pesquisa que utilizou-se dos dados secundários do estudo transversal de base populacional em Canoas, RS, Brasil, cujo objetivo foi conhecer a situação de saúde da população do Município de Canoas, situado na Região Metropolitana de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul, no período de dezembro de 2002 a maio de 2003 (LISBOA, ABEGG, 2006). Outro estudo de base populacional com o objetivo de avaliar hábitos de higiene concluiu que as mulheres apresentaram uma frequência de escovação maior do que a dos homens. Abegg (1997) examinou 234 mulheres e 237 homens com idade entre 24 e 44 anos, em Porto Alegre e concluiu que as mulheres apresentaram frequência de escovação mais alta do que os homens. A higiene foi mais frequente entre as mulheres (LISBOA, ABEGG, 2006; CHRISTENSEN; 2003), adultos jovens e pessoas com

maior escolaridade. A maior parte da população fazia uso de serviços odontológicos privados (ABEGG, 1997; LISBOA, ABEGG; 2006.).

Em Goiânia, a maior frequência de tratamento restaurador foi entre os homens. Estudo realizado em Londrina, Paraná, homens apresentaram mais dentes cariados que as mulheres (MESAS *et al.*, 2006). Rihs *et al.* (2005) apresentaram resultados semelhantes em São Paulo.

A faixa etária igual ou menor que nove anos foi a que revelou maior proporção de tratamento preventivo (Tabela 3). Esse resultado era esperado porque existem programas que enfatizam a importância da educação em saúde bucal em crianças (PEREIRA, FREIRE, 2004; BALDANI *et al.*, 2003). A atenção precoce é centrada numa perspectiva preventivo-promocional. O Programa Odontologia para bebês vem ganhando mais espaço dentro da Odontologia atual, inclusive no SUS (BALDANI *et al.*, 2003; GUIMARÃES *et al.*, 2003). Esse programa atende bebês de zero a três anos e existe no SUS de Goiânia e em vários municípios do estado de Goiás. Há também o programa de saúde bucal voltado para as escolas. O Programa de Saúde da Escola (PSE), política intersetorial da Saúde e da Educação, foi instituído em 2007 e foca no cuidado de crianças e adolescentes da educação pública para promover saúde e educação integral. não é exclusivo de saúde bucal (BRASIL, 2007a). Destaca-se que o programa de promoção de saúde deveria ser prolongado durante toda a fase do indivíduo e não abandonado, para que o resultado positivo refletisse em outras faixas etárias.

Os serviços odontológicos foram mais utilizados por pessoas com idade acima de 34 anos (Tabela 4). Nessa faixa etária, a periodontia e a prótese foram os procedimentos mais realizados, coincidindo com o relatório final do SB Brasil 2003. Na faixa etária entre 35 e 44 anos, 70,99% dos indivíduos necessitava de prótese dentária. De acordo com a SB Brasil 2010, metade dos adultos nessa mesma faixa etária e menos de um quinto dos idosos apresentaram sangramento gengival. Somente 7,3% dos indivíduos entre 65 e 74 anos não necessitavam de prótese dentária. Estudos comprovam que idosos possuem maior número de dentes perdidos (BARBATO; 2007, PERES; 2013). A prevalência da perda dental pode estar associada com condições socioeconômicas. Além de ser baixo o número de registro de procedimento protético neste estudo (Tabela 2), há uma grande demanda reprimida para esse atendimento (BRASIL, 2012c).

O monitoramento dos serviços de saúde são etapas imprescindíveis nas políticas de saúde em Goiânia e para o estado de Goiás, o percentual da média da ação coletiva de escovação dental supervisionada, a Meta Brasil, era 3%, entre os anos de 2012 e 2014 (NETO, 2012). Em Goiânia, esse indicador reduziu-se no decorrer dos anos (Tabela 5), semelhante ao estado de Goiás: 2,44%, no ano de 2013; 1,13%, em 2014; 1,17%, em 2015 (BRASIL, 2017). A baixa cobertura dos procedimentos coletivos indica que se deve reavaliar o planejamento dessa prática, para que os resultados alcancem melhores resultados (BARROS; CHAVES, 2003). O Programa Brasil Sorridente prevê a distribuição de *kits* com pasta e escovas de dente pelas equipes da saúde bucal para as famílias mais carentes. Entretanto, na prática, o fornecimento deste é objeto de frequentes desvios e falhas de toda natureza: superfaturamento, furto, deterioração e atrasos na entrega dos produtos necessários (BRASIL, 2017).

O acesso aos serviços de saúde foi ampliado no Brasil por meio da ESF. No estado da Paraíba, houve cobertura de 92,92% da população, em 2011 (MEDEIROS, 2012), em Barra do Garças, a Equipe de Saúde da Família cobria mais de 70% da população, de 2008 até 2015, mas em Várzea Grande, a cobertura foi inferior a 30% (CANESQUI; SPINELLI, 2008). No Amazonas, a implantação foi insatisfatória, porque ficou abaixo dos 50% da cobertura populacional (OLIVEIRA *et al.*, 2011). A cobertura populacional da ESF, no estado de Goiás, foi de 66,59%, em 2013; 69,16%, em 2014; 68,97%, em 2015 (BRASIL, 2017). Esses resultados foram acima dos resultados obtidos em Goiânia (Tabela 5). A meta pactuada desse indicador para o município de Goiânia seria de um aumento de 8%, o que não ocorreu.

A cobertura populacional estimada pelas ESBs Meta Brasil para 2012 era de 50%, sendo que, no estado de Goiás, a meta pactuada era de 50%, em 2013; e de 54%, em 2014 (BRASIL, 2017). Em Goiânia, essa cobertura ficou aquém do esperado em todos os anos estudados, não acompanhando a cobertura da ESF (BRASIL, 2012). No estado de Goiás, também a ESB teve cobertura inferior à da ESF: 57,29%, em 2013; 57,38%, 2014; 58,08%, no ano de 2015 (BRASIL, 2017). Ainda em relação a Goiás, 128 municípios atingiram 100% de cobertura, e somente 18 municípios têm cobertura abaixo de 50%. No Distrito Federal, a cobertura da ESB é inferior a de Goiânia: 26,00%, 27,26% e 29,62%, nessa ordem 2015 (BRASIL, 2017). Por isso, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias para expandir a

cobertura populacional das ESBs, acompanhada pela crescente utilização de procedimentos preventivos, contribuindo para a consolidação de uma assistência condizente com os princípios do SUS e com as diretrizes da PNSB. O desafio de construir um sistema de saúde bucal mais amplo e de qualidade deve continuar instigando as pesquisas, visando a melhor qualidade de vida e satisfação da população.

Não se investigaram as possíveis causas da baixa cobertura da atenção em saúde bucal, a relação entre oferta, acesso e utilização dos serviços, os fatores influenciadores dos indicadores encontrados e a qualidade da atenção. Tais estudos possibilitariam a proposição de estratégias de intervenção, incluindo critérios para melhoria da AB em saúde bucal.

No Brasil, as regiões Norte e Sudeste apresentam os piores índices das coberturas da Equipe de Saúde da Família e ESB. Desde 2003, MS passou a financiar uma ESB para cada Equipe de Saúde da Família, medida que deveria ter ampliado a cobertura de atendimentos de saúde bucal. Tal expectativa, no entanto, não foi atingida, pois a proporção de uma ESB para cada ESF não existiu na prática (BRASIL, 2017). Tal fato pode ser apontado como um dos fatores responsáveis pela situação descrita nas regiões Norte e Sudeste do Brasil.

A meta pactuada para o indicador de proporção de exodontias de dentes permanentes para o estado de Goiás em 2013 e 2014 foi 5%. O ideal é que esse indicador apresente reduções ao longo dos anos (FREITAS, LEITA, 2007), o que não foi observado em Goiânia. No estado de Goiás, o indicador foi de 9,26%, 6,52% e 5,49%, nos anos citados. Na Paraíba, o indicador foi de 17,8%, em 2011 (MEDEIROS, 2012). Porém, houve uma melhora na qualidade de tratamento, diminuindo a proporção de exodontias no decorrer dos anos (11,39% em 2013, 12,48% em 2014 e 10,86% em 2015 (MEDEIROS, 2012). No estado do Rio Grande do Sul, esse indicador foi de 8,5%, no Paraná (5,43%) e Santa Catarina (6%) no ano de 2005 (FISCHER *et al.*, 2010), e no Vale do Jequitinhonha (7,17%) no ano 2007 (PALMIER *et al.*, 2012). A facilidade ao acesso ao serviço público, a educação, o nível socioeconômico e à informação sobre a importância dos dentes pode contribuir para diminuir o índice de exodontia (PIMENTEL, 2014). Verifica-se a necessidade da educação em saúde para orientar as pessoas com relação às doenças bucais e motivá-las a adotar hábitos saudáveis e corretos de higiene bucal e a procurar o

serviço odontológico antes que a doença se instale ou se agrave, com sintomatologia dolorosa e o potencial risco de perda dentária.

Neste estudo, o indicador médio de procedimentos odontológicos individuais foi inferior à meta do MS, em todos os anos. A meta da média de procedimentos odontológicos individuais era de 2,5, no ano de 2007 (BRASIL, 2007b). No entanto, no estado de Goiás, não houve pactuação desse indicador e não foi alcançada essa meta: 2,44, em 2013; 1,13, em 2014; e 1,17, em 2015.

A cobertura da primeira consulta odontológica programática é um indicador que os municípios devem pactuar (BRASIL, 2012a). Cada município ou estado define uma meta, com tendência crescente. No estado de Goiás, não houve pactuação desse indicador. Um estudo na cidade de São Paulo mostrou uma cobertura de 2,8%, no ano de 2006; 2,3%, em 2007; 2,4%, em 2008; e no ano de 2009 foi de 3,8% (MANFREDINI *et al.*, 2012). Na Paraíba, 17% da população foi coberta no ano 2011, valor inferior ao de Santa Catarina, 25% (MEDEIROS, 2012). Os resultados deste estudo mostraram que, em Goiânia, a cobertura estava bem abaixo do esperado. Tais resultados foram inferiores aos do estado de Goiás: 7,22%, em 2013; 7,58%, em 2014 e 3,66%, em 2015. A meta do MS para a primeira consulta odontológica programática passou de 30% em 2007 (BRASIL, 2010d) para 1% em 2011 (BRASIL, 2012a), devido, provavelmente, à dificuldade encontrada pelos municípios para alcançarem essa meta.

Quanto ao indicador "razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas" (Gráfico 1), o resultado encontrado foi muito menor que um, indicando uma dificuldade de conclusão dos tratamentos iniciados. Thurow *et al.* (2015) realizaram um estudo transversal, com dados mensais do Relatório de Produção de Marcadores para Avaliação 2 – Complementar (PMA2-C), preenchido por cirurgião-dentista tradicional e pelo dentista da ESB. O grupo ESB conseguiu atingir a média da razão de tratamentos concluídos/primeiras consultas programáticas de 0,45; enquanto o grupo do modelo tradicional de odontologia só obteve 0,23 (THUROW *et al.*, 2015).

Os procedimentos, realizados durante o atendimento a um determinado usuário, devem ser registrados na ficha de atendimento odontológico individual (ANEXO B). Barros e Chaves (2003) mostraram que o registro de procedimentos odontológicos, como consultas, exodontias e restaurações, apresenta certa confiabilidade no Datasus. Entretanto, os procedimentos coletivos apresentaram

problemas de registro, o que compromete a confiabilidade das informações. É possível que haja sub ou supernotificação de procedimentos, ou ainda, o registro dos procedimentos pode não corresponder ao que foi realizado (PALMIER et al., 2012) . O sucesso ou fracasso de um sistema de informação (SI) pode estar relacionado desde a sua implantação ao uso adequado pelo recurso humano. O Sistema de informação público brasileiro geralmente é precário, desatualizado e lento. Para melhorar isso, é necessário investir em tecnologia, treinamento de pessoal e políticas de investimentos no setor. O acesso à informação é um poderoso aliado da construção do conhecimento, da formação de opinião e do planejamento.

Os procedimentos odontológicos e os indicadores de saúde bucal foram levantados a partir do registro alimentado por funcionários, que podem falhar no preenchimento do sistema e, muitas vezes, não estão cientes sobre a importância desses dados, o que pode prejudicar a confiabilidade dos dados coletados nesse estudo e não há a garantia da qualidade no registro dessas informações. Além disso, a tabela dos procedimentos ambulatoriais sofreu alterações no decorrer dos anos, o que dificultou o registro e a coleta dos dados dos procedimentos odontológicos realizados.

## 7 CONCLUSÃO

O tratamento periodontal foi o procedimento odontológico mais registrado.

Houve maior frequência de tratamento de prótese realizado em pacientes do sexo feminino. A faixa etária que mais utilizou os serviços odontológicos e que realizou maior proporção de exodontia, periodontia e procedimentos restauradores foi entre 35 a 59 anos. A faixa etária em que foi realizada maior proporção de tratamento preventivo foi a idade menor ou igual a nove anos.

O tratamento protético foi maior na faixa etária igual ou superior a 60 anos. Houve maior proporção de procedimento periodontal e protético em idade superior a 34 anos.

O número de procedimentos odontológicos aumentou entre os anos 2013 e 2015, com exceção para a prótese, que foi maior no ano de 2013. Nos procedimentos de exodontia, preventivo e restaurador, pode-se perceber em 2014 teve uma frequência relativamente maior que em 2013, e 2015 teve uma frequência significativamente maior que 2014.

Em relação ao procedimento de periodontia, não houve uma diferença acentuada entre a frequência dos anos 2013 e 2015. Em relação aos anos 2013 e 2014, houve uma maior frequência no ano 2014 do que no ano 2013. Houve maior frequência do tratamento em 2014 em relação a 2015 também.

A cobertura populacional ESB ficou abaixo de 50% em todos os registros. A proporção de exodontia de dentes permanentes diminuiu no ano de 2014, mas subiu em 2015. Tal quadro não foi percebido em relação à média de procedimentos básicos individuais, cuja maior ocorrência foi em 2014, depois em 2013 e 2015, respectivamente. A proporção da primeira consulta odontológica e a razão dos tratamentos concluídos foram decrescendo com o tempo. Isso demonstra que os tratamentos iniciados não foram concluídos.

## 8 REFERÊNCIAS

- ABEGG, C. Hábitos de higiene bucal de adultos porto-alegrenses. **Revista de Saúde Pública** n. 31, p. 586-593, 1997.
- AFROZ, S. *et al.* Dental Esthetics and Its Impact on Psycho-Social Well-Being and Dental Self Confidence: A Campus Based Survey of North Indian University Students. **The Journal of the Indian Prosthodontic Society**. v.13, n.4, p.455-460, 2013.
- AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal - "Brasil Sorridente": um estudo de caso. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 1, p. 239-248, jan. 2015.
- AYRES, J.R.C.M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, nº 17, p. 43-62, 2007.
- BALDANI, M. H. *et al.* A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1026-1035, agosto 2005.
- BALDANI, M. H. P. *et al.* A odontologia para bebês no Estado do Paraná, Brasil – perfil do Programa de Atenção Precoce à saúde bucal. **Jornal Brasileiro Odontopediatria e Odontologia do Bebê**, Curitiba, v.6, n.31, p.210-216, 2003.
- BARBOSA, A. O. *et al.* Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família. **Associação Caruaruense de Ensino Superior**. Caruaru – PE, 2010.
- BARBOSA, T. P. M. *et al.* Lesões bucais associadas ao uso de prótese total. **Revista Saúde.com**, vol. 7, n.2, p.133-142, 2011.
- BARBATO, P.R. *et al.* Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002- 2003). **Caderno Saúde Publica**, v.23, n.8, p.1803-14, 2007. DOI: 10.1590/S0102-311X2007000800007
- BARROS, S. G.; CHAVES, S. C. L. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. **Epidemiologia Serviço Saúde**, Brasília, v.12, n.1 p.41-51, março 2003.
- BATISTA, S. M. de O. **Associação entre indicadores de atenção primária em saúde bucal e condições socioeconômicas e de provisão de serviços públicos odontológicos nos municípios do Estado de Goiás. 2010.** Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.
- BEAGLEHOLE R. *et al.* **The oral health atlas. Mapping aneglected global health issue.** FDI World Dental Federation. Myriad Editors, 2009. Disponível em: URL: <[http://issuu.com/myriadeditions/docs/flipbook\\_oral\\_health](http://issuu.com/myriadeditions/docs/flipbook_oral_health)> Acesso em: 28 de dez. 2016.

BEASLEY, T. M.; RANDALL E. S. Multiple regression approach to analyzing contingency tables: post hoc and planned comparison procedures. **The Journal of Experimental Education** v.64, n.1, p.79-93, 1995.

BENFICA, W. C. L. **Inserção da saúde bucal na estratégia da saúde da família: resultados alcançados em Rio Vermelho/MG. Curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.** Núcleo de educação em Saúde coletiva na faculdade de Medicina Universidade Federal de Minas Gerais. Governador Valadares, 2012.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista Escola Enfermagem**, USP, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.

BIBLIOTECA VIRTUAL DE DIREITOS HUMANOS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Constituição da Organização Mundial da Saúde em 1946.** Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-daorganizacao-mundial-da-saude-omswho.html> Acesso em 13 de março de 2017.

BORDIN, D.; FADEL, C.B. Indicadores de saúde bucal na atenção básica e o impacto na cárie dentária. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, América do Norte, v.5, n.18, out. 2012.

BORGES, C. et al. **Perfil das perdas dentárias em adultos segundo o capital social, características demográficas e socioeconômicas.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2014, vol.19, n.6, pp.1849-1858.

BRANCO, M. A. F. Informação em saúde como elemento estratégico para a gestão. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos.** Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, p. 163-169, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília. Seção 1, 27 maio 1974. p. 6021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**, 1ª Conferência Nacional De Saúde Bucal. Relatório Final, Brasília, DF, 10-12 de outubro de 1986a.

BRASIL. Ministério da Saúde - Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana.** Brasília, 1986b. p.137.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil – Título VIII, Capítulo II, Seção II. Brasília: Senado, 1988

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, **ABC do SUS Doutrinas e Princípios**, Brasília/DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 184. Estabelece o oferecimento, pelo Sistema Único de Saúde, de conjunto de procedimentos visando à promoção e prevenção em saúde bucal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 out. 1991. I. 22125. p. 37.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Coordenação de Sistema de Informação. Sistema Único de Saúde- Legislação Federal. Gabinete Do Ministro. Programas de agentes comunitários e saúde da família: PACS/PSF. Portaria nº 692 de 25 de março de 1994. **Diário Oficial da União**, [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, Seção 1, 29 mar.1994. p. 60.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde Bucal: Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal – Cárie Dental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Dados disponíveis em: <http://www.datasus.gov.br>.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental **Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente, saúde**. Vol.9. Brasília, 1997. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf>>. Acesso em: 15 de jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 17 nov. 1998. p. 8-14.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília. Seção 1, 28 dez. 2000. p. 85.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13. Seção 1, 13 de junho de 2002. p.36-42.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 673/GM. Publicada no Diário Oficial da União. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica-PAB. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 jun, 2003a. Seção 1. p. 44.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB: indicadores 2001**. Brasília (DF), 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife , v. 3, n. 2, junho 2003c. p. 221-224.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.394, de 19 de dezembro de 2003. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 19 dez. 2003d, p. 41-50.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003**. Brasília, 2004a.

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, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **3.ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social**, Brasília, DF, de 29 de julho a 1.º de agosto de 2004/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde.– Brasília: Ministério da Saúde (Série D. Reuniões e Conferências), 2005a. p.148. ISBN 85-334-0849-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 21** de 5 de janeiro de 2005. Aprova a Relação dos Indicadores da Atenção Básica - 2005 a serem pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. **Série Pacto pela Saúde**. Vol. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 66p, 2006b.

BRASIL. Ministério da saúde (BR). Portaria nº 599/GM de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. **Diário Oficial da União**. [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 24 mar. 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 23 fev. 2006d. p. 43.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Nota Técnica. **Assunto: Pacto de Indicadores da Atenção Básica - Ano 2006**. Adiamento dos prazos de avaliação e pactuação das metas e Alterações no anexo II da portaria. Brasília (DF), 2006e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº. 493, de 13 de março de 2006. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica - 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Seção 1, 2006f. p. 45.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 dez. 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº. 91, de 10 de janeiro de 2007. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Seção 1, 16 jan. 2007b. p. 33.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS.** Brasília : CONASS, 2007c. 290p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe da atenção básica.** N.º 39. Ano VIII, janeiro/março de 2007d. issn 1806-1192

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 325, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. **Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, Seção I, 22 fev. 2008.** p. 37-41.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.371**, de 7 de outubro de 2009. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal - Unidade Odontológica Móvel – UOM, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 2.669, de 3 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 – 2011. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF Seção I, nº 212, 6 nov. 2009b. p. 58-60

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.840, de 7 de dezembro de 2010. Inclui a Saúde Bucal no Monitoramento e a Avaliação do Pacto pela Saúde e estabelece as diretrizes, orientações e prazos do processo de ajuste de metas para o ano de 2011. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF. Seção 1, 10 dez. 2010a. p. 203-204.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010. **Nota para a Imprensa,** 2010c.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Pactuação Unificada de Indicadores. Avaliação 2007. Série G. Estatística e Informação em Saúde. **Série Pactos pela Saúde 2006,** Brasília – DF, v. 11, 2010d

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 2011a. p. 291.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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-AB) e o Incentivo

Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Seção 1, 20 jul. 2011b. p. 79.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Nota Técnica Ass: **Cadastro, financiamento e processo de trabalho para municípios que receberam as Unidades Odontológicas Móveis (UOM)**, 2011c.

BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 dez. 2011d. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12527.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12527.htm)>. Acesso em: 7 de setembro de 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo do Sistema de Atenção Básica- SIAB, Secretaria de Atenção a Saúde**, Departamento de Atenção Básica, Coordenação-Geral de Acompanhamento e Avaliação, Brasília, 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.464/GM, de 24 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Seção 1, n. 121, 27 jun. p. 112-113. 2011f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Brasília, 2011g.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação-Geral de Saúde Bucal. **O componente “saúde bucal” do PMAQ-AB e indicadores de Saúde Bucal na Atenção Básica**. Brasília (DF), 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde– SAS. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012b .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde– SAS. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal 2010: resultados principais** – Brasília, 2012c. 118p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Passo a passo das ações do Brasil Sorridente**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Coordenação Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e**

**Indicadores – 2013/2015** Orientações para o Processo de Pactuação. Brasília-DF, 2013b.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. Goiânia, Brasil, 2013c. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)> Acesso em 15 de jan. 2017.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. Goiânia, Brasil, 2015. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)> Acesso em 15 de jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Passo a passo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal** Brasília – DF, Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica : **Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada : CDS – Versão 2.0 [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.171 p. ISBN Versão Preliminar. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>> Acesso em: 08 nov. 2016.

BULGARELLI, A. F. Construindo sentidos sobre saúde bucal com idosos cadastrados em um Núcleo de Saúde da Família na cidade de Ribeirão Preto/SP. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, **Universidade de São Paulo**, Ribeirão Preto, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-04082010-141048/>>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2016.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. S. A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, abr. 2008.

CARRANZA Jr., F. A.; *et al.* **Periodontia clínica**, 12 ed., Ed. Elsevier, Rio de Janeiro, 2012.

CARRARO, E. A. S. Procedimentos básicos em Periodontia. **Revista Dental Press de Periodontia e Implantologia**, Maringá, v. 2, n. 2, p. 41-53, abr./maio/jun. 2008.

CARTA DE OTTAWA. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. **Ottawa Charter**. [Internet]. Ottawa: WHO, 1986 Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>. Acesso em: 29 fev. 2016.

CARVALHO, C. L. Dentistas práticos no Brasil: história de exclusão e resistência na profissionalização da odontologia brasileira. **Escola Nacional de Saúde Pública da**

**Fundação Oswaldo Cruz**, Tese (Doutorado), Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/4513>. Acesso em: 29 fev. 2016.

CASANOVA, M. Z. ABO – Pioneirismo e liderança. **Associação Brasileira de Odontologia / Regional Uberaba**, Livro. Uberaba, 472 p, 2012.

CDSS. Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. **Organização Mundial da Saúde**, Portugal, 2010. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/8/9789248563706\\_por\\_contents.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/8/9789248563706_por_contents.pdf). Acesso em: 29 fev. 2016.

COLUSSI, C. F. Análise da evolução da produção de procedimentos odontológicos de média e alta complexidade na rede de serviços públicos em Santa Catarina. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 939-950, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução no 510, de 07 de abril de 2016. **Diário Oficial da União**. Nº 98, seção 1, terça-feira, 24 de maio de 2016. p. 44- 46.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MINAS GERAIS. **A distribuição dos cirurgiões–dentistas em Minas Gerais**, Belo Horizonte, 2015.

COSTA, J. F. R.; et al. **A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 11). Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde/Ministério da Saúde, 2006.

CHRISTENSEN L. B. Self-reported oral hygiene practices among adults in Denmark. *Community Dental Health* n. 20, p.229-235, 2003. DATAFOLHA, **Opinião dos brasileiros sobre o atendimento na área de saúde**, 2014.

DECLARATION OF ALMA-ATA. **International Conference on Primary Health Care**, Alma-Ata, USSR. p. 6-12, set. 1978.

DOMINGUES, J. M. et al. A doença periodontal como possível fator de risco colaborador, dentre os demais fatores de risco clássicos, para o parto prematuro e/ou baixo peso ao nascer - revisão de literatura. **Revista Periodontia**, v. 20, n. 2, junho 2010.

ERIKSEN, M. et al. Chapter 3 – Oral Diseases and Risk Factors. The Challenge of Oral Disease – A call for global action. **The Oral Health Atlas**. FDI World Dental Federation.. Myriad Editors, 2nd ed. Geneva, 2015. ISBN: 978-2-9700934-8-0.

FAUSTO, M. C. R., MATTA, G. C. **Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas**. In MOROSINI M.V.G.C., CORBO, A.D.A. (Orgs). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 48, 2007.

FEDERAÇÃO DENTÁRIA INTERNACIONAL (FDI). **FDI's definition of oral health**. 2016. Disponível em: <http://www.fdiworlddental.org/oral-health/vision-2020/fdis-definition-of-oral-health>>. Acesso em 13 de março de 2017.

FEDERAÇÃO DENTÁRIA INTERNACIONAL (FDI). - **World Oral Health Day 2014**. Switzerland: FDI, 2014. 10 p. Disponível em: <[http://www.fdiworldental.org/media/30996/2014\\_toolkit.pdf](http://www.fdiworldental.org/media/30996/2014_toolkit.pdf)> Acesso em: 02 fev. 2015.

FERRARI, M. A. M. C., **História da Odontologia no Brasil: O Currículo e a Legislação entre 1856 e 1931**. Tese (Doutorado em Odontologia Social) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23148/tde-06032012-163230/>>. Acesso em: 27 de fev. 2016.

FERREIRA, S. M. G. **Sistema de Informação em Saúde**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro, p. 171-191, 2001.

FIGUEIREDO, B. G. Barbeiros e cirurgiões: atuação dos práticos ao longo do século XIX. **História Ciência Saúde**. Mangunhos, Rio de Janeiro , v. 6, n. 2, p.277-291, out. 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59701999000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701999000300003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 Fev. 2016.

FIGUEIREDO, T. A. M. *et al* . A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro vol. 15, n. 2, p. 397-402, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232010000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000200015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 de fev. 2017.

FISCHER, T. K. *et al*. Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil. **Revista brasileira epidemiológica**, São Paulo , v. 13, n. 1, p. 126-138, Mar. 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2010000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000100012&lng=en&nrm=iso)>. access on 09 Feb. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2010000100012>

FRANÇA, M. A. S. A. Indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil. Pró-reitoria de pesquisa e pós-graduação. **Núcleo de estudos em saúde coletiva. Programa de pós-graduação em saúde coletiva**. 393 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/4232>>. Acesso em 13 março de 2017.

FRAZÃO, P.; ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Perda dentária precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade. Estado de São Paulo, Brasil, 1998. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 6, n. 1, p. 49-57. 2003.

FREIRE, M. C. M. *et al*. Tendência da cárie em crianças de 3 a 6 anos em Goiânia-GO no período de 1993–2001. Anais do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2003, Brasília. **Revista Ciência Saude** n. 8(supl. 2), p. 717, 2003.

FREIRE, M. C. M. *et al* . Condição de saúde bucal em escolares de 12 anos de escolas públicas e privadas de Goiânia, Brasil. **Revista Panamericana Salud Pública**, Washington , v. 28, n. 2, p. 86-91, Aug. 2010 . Available from <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-)

49892010000800003&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892010000800003>.

FREITAS F. P., PINTO I. C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica SIAB. **Revista Latino-americana Enfermagem**. V. 13, n.4, p.547-54. 2005.

FREITAS, M. I, LEITA I. C.G. Utilização dos indicadores de atenção básica em saúde bucal para avaliação da assistência odontológica no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, no período de 2002 a 2005. **Revista de Atenção Primária à Saúde** v.10, n 1, p. 36-45. 2007.

GANDHIMADHI, D.; MYTHILI, R. Periodontal infection as a risk factor for preterm low birth weight. **Journal of Indian Society of Periodontology**. V.14. n.2, p. 114-120. 2010. doi:10.4103/0972-124X.70832.

GILBERT, G. H. et al. Social determinants of tooth loss. **Health Services Research Journal**, v. 38 n. 6, p.1843-62. 2003.

GUERRIERO, I. C. Z. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016 que trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2619-2629. ago, 2016. Disponível em: <[http://www.fdiworldental.org/media/30996/2014\\_toolkit.pdf](http://www.fdiworldental.org/media/30996/2014_toolkit.pdf)> Acesso em: 23 de março de 2016.

GUIMARÃES, A.O. et al. As origens, objetivos e razões de ser da Odontologia para bebês. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia para Bebê**, Curitiba, v.6, n.29, p.83-86, jan./fev. 2003.

INÁCIO, J. Atenção à saúde bucal e o sistema de informações no município do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado) – **Escola Nacional de Saúde Pública. /Fundação Oswaldo Cruz**. 142 p. Rio de Janeiro, s.n.; julho, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Departamento de Emprego e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios- 1998: Acesso e Utilização de Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro, 96p. 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), Diretoria de Pesquisas –DPE. Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica – GEADD. Nota técnica. **Estimativas da população dos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2014**. [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/pdf/analise\\_estimativas\\_2014.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/pdf/analise_estimativas_2014.pdf)

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de população e Indicadores Sociais. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro, 2015.

INTERNATIONAL OSTEOPOROSIS FOUNDATION (OIF). **Congresso Mundial de Osteoporose da OIF** - o primeiro congresso mundial na região com foco na doença que torna ossos frágeis; Rio de Janeiro, Brasil, 14-18 maio, 2004.

JACHINOSKI, A. C. P.; MOYSÉS, S. T.; BISINELLI, J. C. **Conhecendo Nossa Boca**. Coleção Agrinho. 2014. [http://www.agrinho.com.br/site/wp-content/uploads/2014/09/16\\_Saude-bucal.pdf](http://www.agrinho.com.br/site/wp-content/uploads/2014/09/16_Saude-bucal.pdf)

JIN, L. et al. Chapter 2 – Oral diseases and health. The Challenge of Oral Disease – A call for global action. **The Oral Health Atlas**. FDI World Dental Federation. Myriad Editors, 2nd ed. Geneva, 2015. ISBN: 978-2-9700934-8-0.

JUNQUEIRA, Simone Rennó; FRIAS, Antônio Carlos; ZILBOVICIUS, Celso. In: Rode, SM, Nunes, SG. **Atualização clínica em odontologia**. São Paulo: Artes Médicas, 2004. p. 591-604.

LEBRÃO, M. L., DUARTE, Y. A. O. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Yeda A. de Oliveira Duarte. – Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 255p. 2003. ISBN: 85-87943-30-8.

LIMA, J. E. O. Cárie dentária: um novo conceito. **Revista Dental Press Ortodontia e Ortopedia Facial**. Maringá, v. 12, n. 6, p. 119-130. nov./dez. 2007.. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-54192007000600012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-54192007000600012&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 27 de fev. 2016.

LISBOA, I. C.; ABEGG, C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 4, p. 29-39 dez. 2006. Disponível em [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742006000400004&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000400004&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 02 nov. 2016.

LISTL, S. et al. Chapter 4 – Oral Diseases and Society. The challenge of Oral Disease – A call for global action. **The Oral Health Atlas**. FDI World Dental Federation. Myriad Editors. 2nd ed. Geneva, 2015. ISBN: 978-2-9700934-8-0.

LUCENA, E. H. G. et all .A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 3, p. pg. 53-63, dez. 2011. ISSN 1982-8829. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1042/951>. Acesso em: 27 fev. 2016.

MACHADO, C. V. et al. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos no ano 2000. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2367-2382 Aug. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232010000500012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500012&lng=en&nrm=iso). Acesso em 27 fev. 2016.

MALIK, A. N.; SCHIESARI, L. M. C. Qualidade na Gestão Local de Serviços e ações de saúde. In **Série Saúde & Cidadania**. Ed. Fundação Petrópolis, São Paulo, 1998.

MANFREDINI, M. A. Assistência Odontológica Pública e Suplementar no Município de São Paulo na Primeira Década do Século XXI, **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.21, n.2, p.323-335, 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200007&lng=en&nrm=iso)>. access on 26 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000200007>.

MARAKOGLU, I., et al. Periodontitis as a Risk Factor for Preterm Low Birth Weight. **Yonsei Medical Journal**, v.49, n. 2, p. 200-203. 2008.

MEDEIROS, J.J. Associação entre Indicadores de Atenção Básica em Saúde Bucal e Indicadores Socioeconômicos e de Provisão de Serviços de Saúde em Municípios Paraibanos. Dissertação de mestrado. **Universidade Federal da Paraíba**, João Pessoa-PB, 2012.

MELLO, A. L. S. F.; ERDMANN, A. L. Revelando Contradições e Incorporando Melhores Práticas no Cuidado à Saúde Bucal de Idosos. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1 p.139-156. 2007.

MENDES, E. V. A reforma sanitária e a educação odontológica. **Caderno Saúde Pública**. v. 2, n. 4, p. 533-552. Rio de Janeiro, 1986. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X1986000400012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1986000400012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 27 de fev. 2016.

MENDONÇA ,T. C. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17. n. 6, p. 1545-1547, nov-dez. 2001.

MENICUCCI, T. M. G. A política de saúde no governo Lula. **Saúde e sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-532. jun. 2011 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902011000200022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902011000200022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28 de fev. 2016.

MENOLI, A. P. V. et al. Uso e necessidade de prótese dentária em trabalhadores adultos do SESI do município de Cascavel - Paraná/Brasil. **Odontologia Clínico-Científica** (Online), v.12, n.3, p. 213-217. 2013.

MESAS, A. E. et al. Condições de saúde bucal de idosos de comunidade urbana de Londrina, Paraná. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 471-480 . Dez. 2006, Available from <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2006000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000400008&lng=en&nrm=iso)>. access on 15 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2006000400008>.

MOIMAZ, S. A. et al. O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, São Paulo, v. 19, n.1, p.39-45, jan-abr 2007. Disponível em:<[http://arquivos.cruzeirosuleducacional.edu.br/principal/old/revista\\_odontologia/pdf/3\\_janeiro\\_abril\\_2007/o\\_acesso\\_gestantes.pdf](http://arquivos.cruzeirosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/3_janeiro_abril_2007/o_acesso_gestantes.pdf)>. Acesso em 14 Maio 2016.

MORITA, M. C. et al. **Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro**. Maringá: Dental Press International; 96p. 2010.

MOYSÉS, S. J. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. **Revista Brasileira de Odontologia Coletiva**, v.1, p.7-17, 2003.

MUDDA, J. et al. A Radiographic comparison of mandibular bone quality in pre- and post-menopausal women in Indian population. **Journal of Indian Society of Periodontology**, vol.14, n.2, p. 121-125, 2010.

NARVAI, P. C. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 5, n. 3, p. 21-34. Dez. 2011. ISSN 1982-8829. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1039/948>>. Acesso em: 24 out. 2015.

NARVAI, P.C. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva**. HUCITEC. São Paulo, SP. 1994.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca**. (Coleção Temas em Saúde). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

NASCIMENTO, R. **Atenção Básica em saúde bucal em Goiás** [Dissertação] Goiânia (GO): Mestrado Profissional Convênio Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Secretaria de Estado da Saúde (UFG/NESC/SES) Goiânia; 2015.

NEVES, M.; **Saúde bucal do idoso e necessidade de prótese; uma revisão da literatura**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais. Campos Gerais, Minas Gerais, 2010.

NETO, Carlos Rodolfo Mohn. Indicadores de Saúde Bucal. I Seminário dos Coordenadores Regionais de Saúde Bucal de Goiás, 2012.

NICKEL, D. A. *et al.* Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 241-246. fev. 2008 .

OLIVEIRA, H. M. *et. al.* Caracterização da estratégia saúde da família no estado do Amazonas, Brasil: análise da implantação e impacto. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, jan. 2011.

OLIVEIRA, L. B. et al . Cárie dentária em escolares de 12 anos: análise multinível dos fatores individuais e do ambiente escolar em Goiânia. **Revista brasileira epidemiologi.**, São Paulo , v. 18, n. 3, p. 642-654, Sept. 2015 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2015000300642&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000300642&lng=en&nrm=iso)>. access on 18 Apr. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500030010>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud**. 62ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. Punto 12.5 del orden del día provisional, A62/9 16 de marzo de 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde**. p. 1-7. Rio de Janeiro, Brasil, 21 de outubro de 2011. Disponível em: <[http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/12/Decl-Rio-versao-final\\_12-12-20112.pdf](http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/12/Decl-Rio-versao-final_12-12-20112.pdf)> Acesso em: 24 de out. 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS/OMS. Unidade técnica de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. Ministério da Saúde – Brasil. Secretaria de atenção à saúde – SAS. Departamento de atenção básica – DAB. Coordenação nacional de saúde bucal. Série técnica. **Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília-DF, 2006.

PALMIER, A. C. *et al.* Indicadores socioeconômicos e serviços odontológicos em uma região brasileira desfavorecida. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington , v. 32, n. 1, p. 22-29. July, 2012.

PALUDETTO Jr. M. Avaliação de desempenho da Política Nacional de Saúde Bucal no período de 2004-2010. Dissertação de Mestrado. **Ciências da Saúde**. Universidade de Brasília, 2013.

PAULETO, A. R. C. *et al.* Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 121-130, 2004.

PEREIRA, A. C. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Artmed, 2003.

PEREIRA, M. B. B.; FREIRE, M. do C. M.. An infant oral health programme in Goiânia-GO, Brazil: results after 3 years of establishment. **Brazilian Oral Research**, São Paulo , v. 18, n. 1, p. 12-17. mar. 2004.

PEREIRA, W. Uma história da odontologia no Brasil. **Revista História & Perspectivas**. v. 25, n. 47, p. 147-173, jul./dez. 2012.

PERESI, M. A. *et al.* Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. **Revista Saúde Pública**, v.47(Supl 3), p.78-89, 2013. DOI:10.1590/S0034-8910.2013047004226.

PETERSEN, P. E. *et al.* Oral Health Information Systems--towards Measuring Progress in Oral Health Promotion and Disease Prevention. **Bulletin of the World Health Organization**, v.83, n. 9, p. 686-693. 2003.

PIMENTEL, B.V. *et al.* Utilização dos indicadores de saúde bucal e desenvolvimento humano no monitoramento da atenção básica nos municípios da região metropolitana de Curitiba - PR. **Revista Saúde Pública**, 2014.

PIOLA, S. F. Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). **Comissão econômica para a América Latina e o Caribe**. Escritório no Brasil, 2009. Disponível em: <[http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1349/LCbrsR200\\_pt.pdf;jsessionid=D55B34E001206D0B52EA163F8C71F604?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1349/LCbrsR200_pt.pdf;jsessionid=D55B34E001206D0B52EA163F8C71F604?sequence=1)> Acesso em: 08 de fev. 2016.

POTTER, P., PERRY, A. **Fundamentos de enfermagem**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

PUCCA JR, G. A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 243-246, março, 2006.

REIS, S. C. G. B. *et al.* Declínio de cárie em escolares de 12 anos da rede pública de Goiânia, Goiás, Brasil, no período de 1988 a 2003. **Revista Brasileira Epidemiologia**. V. 12, n.1, p.92-8, 2009.

RIHS, L. B. *et al.* Prevalência de cárie radicular em adultos e idosos na região sudeste do Estado de São Paulo, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 311-316, 2005.

RIPSA. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª ed. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 349 p. 2008.

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Antonio Carlos Pereira (Org.). **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Cap. 2. p. 28-49. Porto Alegre: ARTMED, 2003.

RONCALLI, A. G. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 105-114. mar. 2006.

RONCALLI, A. G. *et al.* Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, p. 58-68. supl. 2012.

ROSENTHAL, E. História da Odontologia no Brasil. **Jornal Associação Paulista dos Cirurgiões-Dentistas**, outubro de 1995.

SAMPAIO, H. Evolução do ensino superior brasileiro, 1808-1990. **Núcleo de Pesquisas sobre Ensino Superior da Universidade de São Paulo**, 1991.

SILVA, A. F. *et. al.* Acesso a serviços odontológicos do SUS no Entorno Sul do Distrito Federal. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, vol . 9, n. 2, p. 75-90. jun. 2015. ISSN 1982-8829. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1659>>. Acesso em: 13 dez. 2015.

SILVA, S. F. *et al* . Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 211-220, jan. 2011.

SOAREZ, P. C. et al. Indicadores de saúde no Brasil: um processo em construção. **Revista de administração em saúde**, v. 7, n.27, p. 57-64. abr-jun, 2005.

SOUZA T. M. S., RONCALLI A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Caderno Saúde Pública**. V.23, n.11, p. 2727-39, 2007.

SOUZA, R. R. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.2 , p. 449-460, 2003.

SPYERE, P.R. História da odontologia no Brasil. Odontologia, Ética e Legislação. **Centro Universitário Euro Americano**, 2013. Disponível em: <[http://www.professorapatriciaruiz.com.br/odel/historia\\_odontologia.pdf](http://www.professorapatriciaruiz.com.br/odel/historia_odontologia.pdf)> Acesso em: 12 de abril de 2016.

THUROW, L. L. *et al.* Comparação das práticas odontológicas segundo modelos de atendimento: tradicional e da Saúde da Família, Pelotas-RS, 2012-2013. **Epidemiologia Serviço Saúde**, Brasília , v. 24, n. 3, p. 545-550. set. 2015 . Disponível em <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742015000300021&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000300021&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 18 nov. 2016.

TORTAMANO, N. O ensino odontológico e a sua trajetória no cenário nacional e internacional. A disciplina de clínica integrada no Brasil. Tese de Doutorado. **Universidade Federal do Pará**. P.41, 2001.

VILLALBA, J. P. **Perfil profissional dos cirurgiões-dentistas e o Sistema Único de Saúde: uma reflexão sobre a capacitação para a prática na atenção básica** [Tese de Doutorado]. Campinas: Universidade de Campinas; 2007.

WERNECK, M. A. F. A reforma sanitária no Brasil. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia Curricular para formação do Atendente de Consultório Dentário para atuar na Rede Básica do SUS**. v.2. p.247-60. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

## APÊNDICE A - Manual para Coleta de Dados

Para coletar os indicadores de Atenção Básica na Saúde Bucal, é necessário acessar a página do Datasus, por meio do *link*: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.

Figura 1- Site do Datasus.

The image shows the homepage of the Datasus website. The header is blue with white text for navigation: 'DATASUS', 'Início', 'Perguntas Frequentes', 'Mapa do Site', 'Webmail', 'Fale Conosco', and 'MS'. On the left, a vertical menu lists various services and information categories. The main content area is divided into several sections: 'ATUALIZAÇÕES' with a list of recent updates and dates; 'NORMAS E PADRÕES' with links to international and national standards; 'DICAS' (tips) with links to executive reports and regulations; and 'DESTAQUES' (highlights) featuring 'Sisreg' and the 'Programa Farmácia Popular'. A 'RIPSA' logo is prominently displayed in the center-right. At the bottom right, there is a logo for 'o Cartão Nacional de Saúde'.

Em seguida, seleciona-se Informações de Saúde (TABNET).

Figura 2 – Informações de Saúde (TABNET).

The screenshot shows the DATASUS website interface. At the top, there is a yellow header with the 'Ministério da Saúde' logo and a 'Destaque do governo' dropdown menu. Below this is a blue navigation bar with the 'portal da saúde' logo, a search bar with the text 'digite o texto', and a 'Busca' button. The main content area is divided into a left sidebar and a main text area. The sidebar contains a list of menu items: 'O DATASUS', 'Informações de Saúde (TABNET)', 'Indicadores de Saúde e Pactuações', 'Assistência à Saúde', 'Epidemiológicas e Morbidade', 'Rede Assistencial', 'Estatísticas Vitais', 'Demográficas e Socioeconômicas', and 'Inquéritos e Pesquisas'. The main text area is titled 'Início > Informações de Saúde (TABNET)' and contains three paragraphs of text.

[www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02](http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02)

Ministério da Saúde Destaque do governo

portal da saúde SUS

Acesso Rápido digite o texto Busca

DATASUS Início | Perguntas Frequentes | Mapa do Site | Webmail | Fale Conosco | MS-BBS

[Início > Informações de Saúde \(TABNET\)](#)

O DATASUS disponibiliza informações que podem servir para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde.

A mensuração do estado de saúde da população é uma tradição em saúde pública. Teve seu início com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência (*Estatísticas Vitais - Mortalidade e Nascidos Vivos*). Com os avanços no controle das doenças infecciosas (*Informações Epidemiológicas e Morbidade*) e com a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes populacionais, a análise da situação sanitária passou a incorporar outras dimensões do estado de saúde.

Dados de morbilidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais passaram a ser métricas utilizadas na construção de *Indicadores de Saúde*, que se traduzem em informação relevante para a quantificação e a avaliação das informações em saúde.

Nesta seção também são encontradas informações sobre *Assistência à Saúde* da população, os cadastros (*Rede Assistencial*) das redes hospitalares e ambulatoriais, o cadastro dos estabelecimentos de saúde, além de informações sobre recursos financeiros e informações *Demográficas e Socioeconômicas*.

Além disso, em *Saúde Suplementar*, são apresentados links para as páginas de informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Fonte: DATASUS, 2016.

Para identificar os procedimentos odontológicos da atenção básica por sexo (feminino e masculino), é necessário que se faça o *download* da Produção Ambulatorial, por local de residência. Para isso, deve-se acessar a plataforma Datasus, clicar no item "Informações de saúde", em seguida "Assistência à Saúde" (TABNET); logo após, "Produção Ambulatorial, por local de residência – a partir de 2008" e escolher o município.

Figura 3- Produção Ambulatorial (SIA/SUS) por local de residência.

The screenshot shows the Datasus website interface. At the top, there is a banner with the 'saúde SUS' logo and a navigation bar with links: 'Início', 'Perguntas Frequentes', 'Mapa do Site', 'Webmail', 'Fale Conosco', and 'MS-BBS'. Below the banner, a left sidebar contains a menu with categories like 'Indicadores de Saúde e Pactuações', 'Assistência à Saúde', 'Epidemiológicas e Morbidade', etc. The main content area displays the breadcrumb path: 'Início > Informações de Saúde (TABNET) > Assistência à Saúde'. Under 'Escolha uma opção:', there are two main sections: 'Produção Hospitalar (SIH/SUS)' and 'Produção Ambulatorial (SIA/SUS)'. In the 'Produção Ambulatorial' section, the option 'Por local de residência - a partir de 2008' is selected. To the right, there is a 'Nota Técnica' section with a dropdown menu for 'Abrangência Geográfica' set to 'Goiás' and a map of Brazil with the state of Goiás highlighted in orange.

Fonte: DATASUS, 2016.

Na página de produção ambulatorial do SUS- Goiás - por local de atendimento, na opção "Linha", deve-se, então, selecionar "Procedimento". Na opção "Coluna", deve-se escolher sexo; em "Conteúdo", selecionar quantidade aprovada. No período disponível, deve-se escolher todos os meses do ano de 2013.

Figura 4- Produção Ambulatorial (SIA/SUS) por local de residência segundo município e sexo

DATASUS

#### PRODUÇÃO AMBULATORIAL DO SUS - GOIÁS - POR LOCAL DE RESIDÊNCIA

Linha	Coluna	Conteúdo
Procedimento	Caráter Atendimento	Qtd.aprovada
Grupo procedimento	Documento registro	Valor aprovado
Subgrupo proced.	Faixa etária	Qtd.apresentada
Forma organização	Sexo	Valor apresentado

#### PERÍODOS DISPONÍVEIS

Jun/2013
Mai/2013
Abr/2013
Mar/2013
Fev/2013
Jan/2013

#### SELEÇÕES DISPONÍVEIS

Município

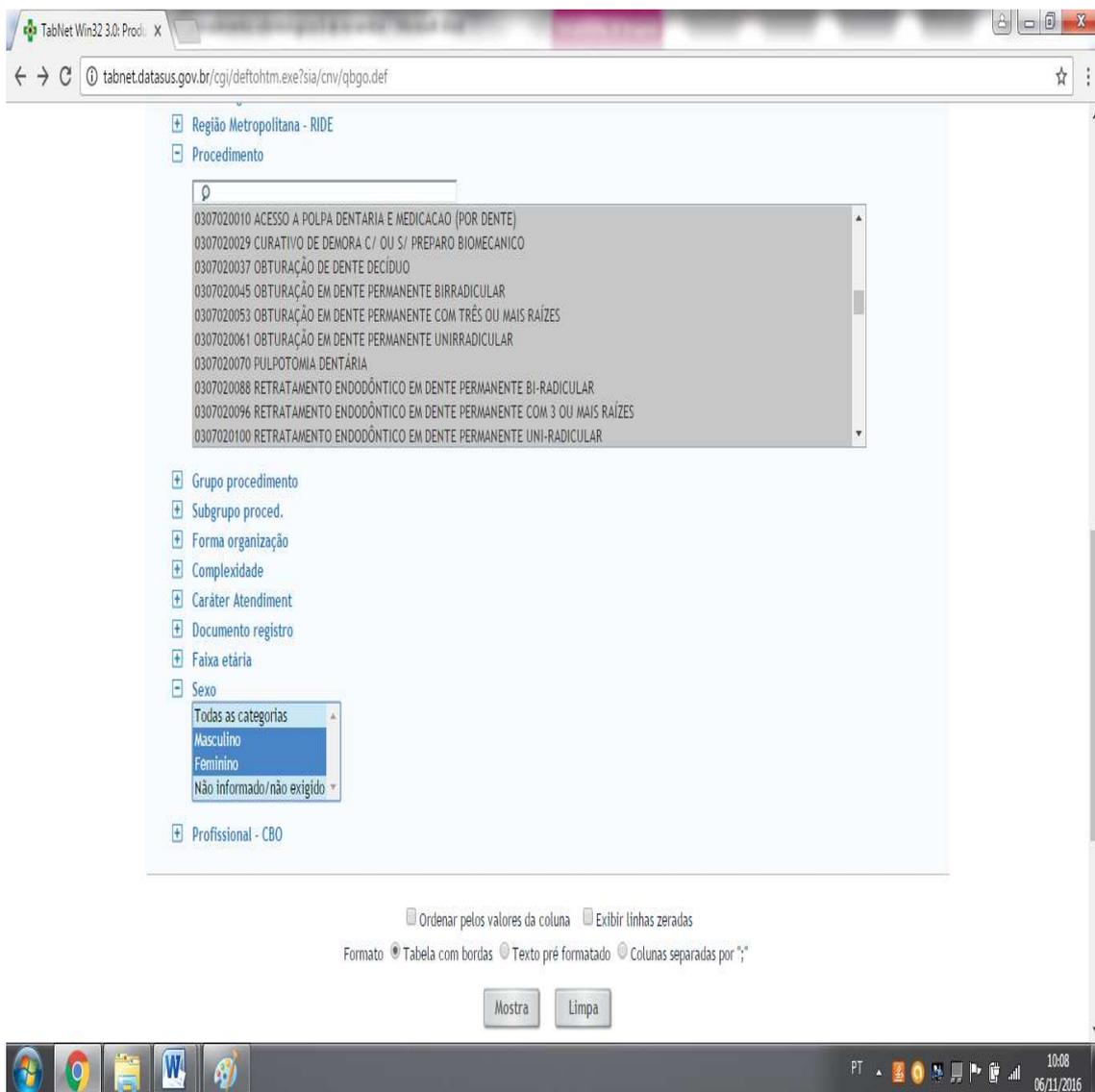
Digite o texto e ache fácil

- 520850 Goiandira
- 520860 Goianésia
- 520870 Goiânia

Fonte: DATASUS, 2016.

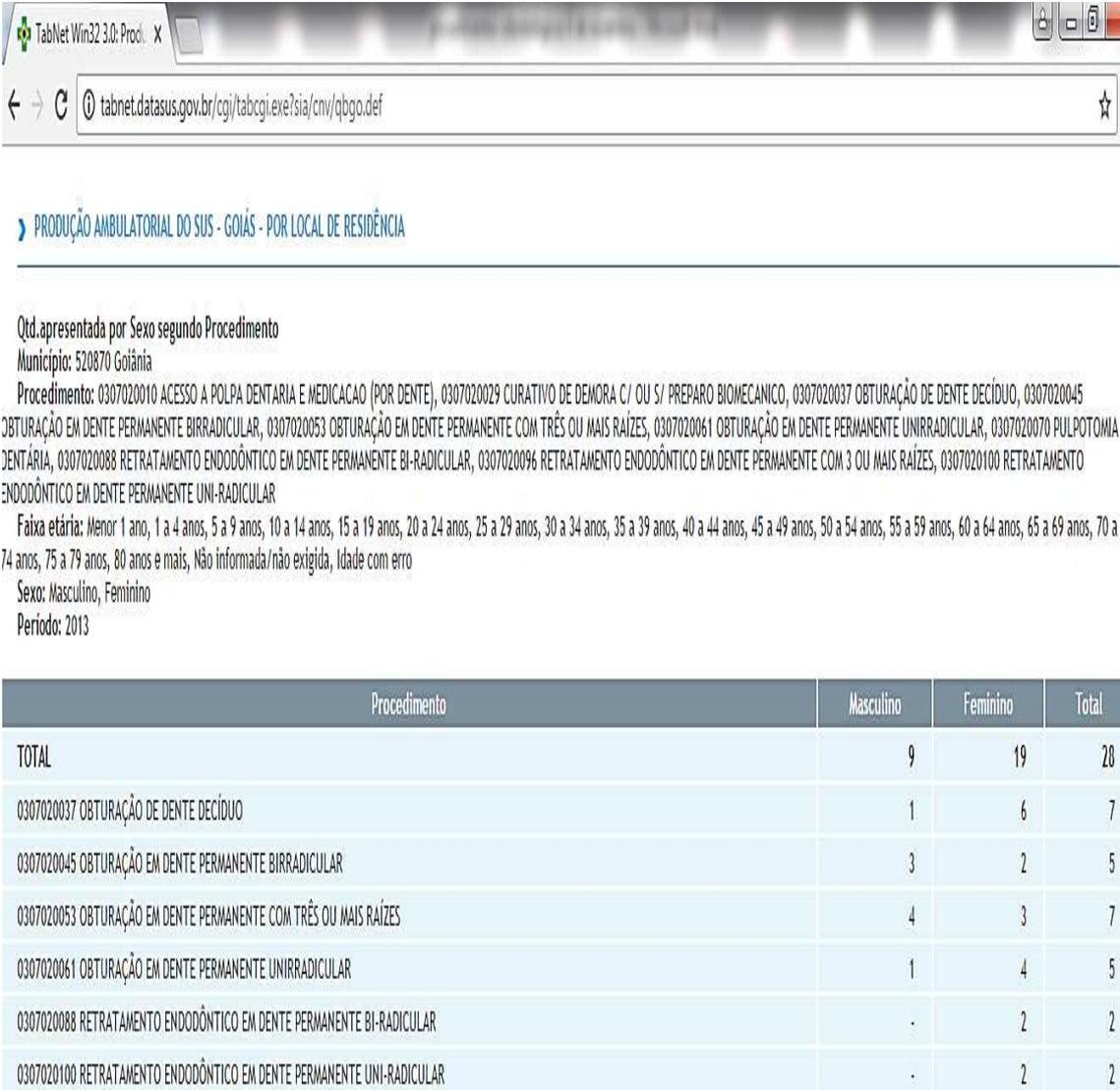
Em seguida, no item "Procedimentos", deve-se clicar em "Acesso a polpa dentária e medicação" (por dente), "Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico", "Obturação de dente decíduo", "Obturação em dente permanente birradicular", "Obturação em dente permanente com três ou mais raízes", "Obturação em dente permanente unirradicular", "Pulpotomia dentária", "Retratamento endodôntico em dente permanente bi-radicular", "Retratamento endodôntico em dente permanente com três ou mais raízes", "Retratamento endodôntico em dente permanente unirradicular" e "Selamento de perfuração radicular", para obter os procedimentos endodônticos.

Figura 5- Produção Ambulatorial (SIA/SUS) por procedimentos endodônticos local de residência segundo município de Goiânia e sexo.



Logo abaixo, deve-se clicar em MOSTRA: uma tabela com todos os dados será aberta, porém, para facilitar os cálculos, é necessário abri-la como cópia CSV (Comma Separated Values é um formato de arquivo de texto que pode ser usado para trocar dados de uma planilha entre aplicativos. Cada linha em um arquivo de Texto CSV representa uma linha em uma planilha). Para isso, é necessário correr a página até o fim e clicar em "Como cópia CSV". Ao se abrir a planilha no Microsoft Excel, devem-se observar os procedimentos odontológicos endodônticos por sexo.

Figura 6- Produção Ambulatorial (SIA/SUS) por procedimentos endodônticos por local de residência no município de Goiânia e sexo no ano de 2013.



Qtd. apresentada por Sexo segundo Procedimento  
Município: 520870 Goiânia  
Procedimento: 0307020010 ACESSO A POLPA DENTÁRIA E MEDICAÇÃO (POR DENTE), 0307020029 CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECÂNICO, 0307020037 OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO, 0307020045 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR, 0307020053 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE COM TRÊS OU MAIS RAÍZES, 0307020061 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR, 0307020070 PULPOTOMIA DENTÁRIA, 0307020088 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR, 0307020096 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE COM 3 OU MAIS RAÍZES, 0307020100 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR  
Faixa etária: Menor 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 a 29 anos, 30 a 34 anos, 35 a 39 anos, 40 a 44 anos, 45 a 49 anos, 50 a 54 anos, 55 a 59 anos, 60 a 64 anos, 65 a 69 anos, 70 a 74 anos, 75 a 79 anos, 80 anos e mais, Não informada/não exigida, Idade com erro  
Sexo: Masculino, Feminino  
Período: 2013

Procedimento	Masculino	Feminino	Total
TOTAL	9	19	28
0307020037 OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	1	6	7
0307020045 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR	3	2	5
0307020053 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE COM TRÊS OU MAIS RAÍZES	4	3	7
0307020061 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	1	4	5
0307020088 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR	-	2	2
0307020100 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR	-	2	2

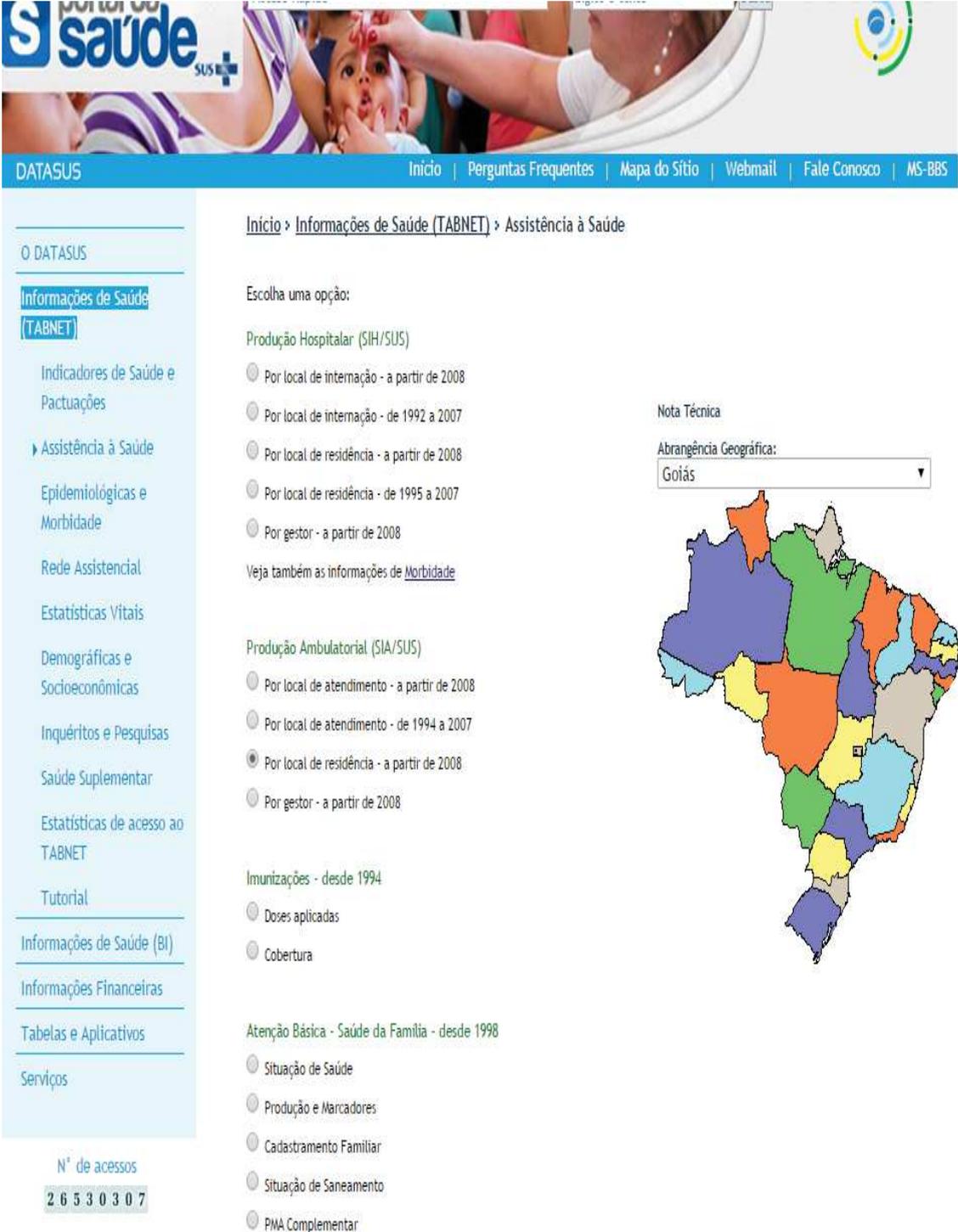
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Fonte: DATASUS, 2016.

Deve-se repetir esse modelo para os anos de 2014 e 2015 e também para os outros tipos de procedimentos odontológicos (exodontia, periodontia, preventivo, protético e restaurador).

Para identificar os procedimentos odontológicos da atenção básica por faixa etária (Menor de 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 a 29 anos, 30 a 34 anos, 35 a 39 anos, 40 a 44 anos, 45 a 49 anos, 50 a 54 anos, 55 a 59 anos, 60 a 64 anos, 65 a 69 anos, 70 a 74 anos, 75 a 79 anos, 80 anos e mais) é necessário o *download* da Produção Ambulatorial, por local de residência. Para isso, deve-se acessar a plataforma Datasus, clicar em "Informações de saúde"; em seguida, em "Assistência à Saúde" (TABNET), logo após, "Produção Ambulatorial, por local de residência – a partir de 2008" e escolher o município.

Figura 7 - Produção Ambulatorial (SIA/SUS) por local de residência.



**saúde** SUS+

**DATASUS** Início | Perguntas Frequentes | Mapa do Sítio | Webmail | Fale Conosco | MS-BBS

Início > Informações de Saúde (TABNET) > Assistência à Saúde

Escolha uma opção:

Produção Hospitalar (SIH/SUS)

- Por local de internação - a partir de 2008
- Por local de internação - de 1992 a 2007
- Por local de residência - a partir de 2008
- Por local de residência - de 1995 a 2007
- Por gestor - a partir de 2008

Veja também as informações de [Morbidade](#)

Produção Ambulatorial (SIA/SUS)

- Por local de atendimento - a partir de 2008
- Por local de atendimento - de 1994 a 2007
- Por local de residência - a partir de 2008
- Por gestor - a partir de 2008

Imunizações - desde 1994

- Doses aplicadas
- Cobertura

Atenção Básica - Saúde da Família - desde 1998

- Situação de Saúde
- Produção e Marcadores
- Cadastramento Familiar
- Situação de Saneamento
- PMA Complementar

Nota Técnica

Abrangência Geográfica:

Goiás

Nº de acessos  
2 6 5 3 0 3 0 7

Fonte: DATASUS, 2016.

Na página de produção ambulatorial do SUS- Goiás - por local de atendimento, na opção "Linha", deve-se selecionar "Procedimento". Em seguida, na opção "Coluna", deve-se escolher faixa etária; em "Conteúdo", selecionar

quantidade aprovada. No período disponível, deve-se escolher todos os meses do ano de 2013.

Figura 8- Produção Ambulatorial (SIA/SUS) por local de residência segundo município e faixa etária.

#### PRODUÇÃO AMBULATORIAL DO SUS - GOIÁS - POR LOCAL DE RESIDÊNCIA

Linha	Coluna	Conteúdo
Ano atendimento	Caráter Atendimento	Qtd.aprovada
Procedimento	Documento registro	Valor aprovado
Grupo procedimento	Faixa etária	Qtd.apresentada
Subgrupo proced.	Sexo	Valor apresentado

#### PERÍODOS DISPONÍVEIS

Dez/2013
Nov/2013
Out/2013
Set/2013
Ago/2013
Jul/2013

#### SELEÇÕES DISPONÍVEIS

Município

Fonte: DATASUS, 2016.

Em município, deve-se clicar em Goiânia; em seguida, em "Procedimentos". Então, deve-se clicar em "Acesso à polpa dentária e medicação" (por dente), "Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico", "Obturação de dente decíduo", "Obturação em dente permanente birradicular", "Obturação em dente permanente com três ou mais raízes", "Obturação em dente permanente

unirradicular", "Pulpotomia dentária", "Retratamento endodôntico em dente permanente birradicular", "Retratamento endodôntico em dente permanente com três ou mais raízes", "Retratamento endodôntico em dente permanente unirradicular" e "Selamento de perfuração radicular para obter os procedimentos endodônticos", assim como está indicado na Figura 5. Logo abaixo, deve-se clicar em MOSTRA: uma tabela com todos os dados será aberta, porém, para facilitar os cálculos, é necessário abri-la como cópia CSV, para isso, correr a página até o fim e clicar em Como cópia CSV. Ao se abrir a planilha no *Microsoft Excel*, deve-se observar os procedimentos odontológicos por faixa etária.

Figura 9 - Produção Ambulatorial (SIA/SUS) por procedimentos endodônticos, faixa etária, por local de residência, segundo o município de Goiânia e faixa etária



### PRODUÇÃO AMBULATORIAL DO SUS - GOIÁS - POR LOCAL DE RESIDÊNCIA

Qtd. aprovada por Faixa etária segundo Procedimento

Município: 520870 Goiânia

Procedimento: 0307020010 ACESSO A POLPA DENTÁRIA E MEDICAÇÃO (POR DENTE), 0307020029 CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO, 0307020037 OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO, 0307020045 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR, 0307020053 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE COM TRÊS OU MAIS RAÍZES, 0307020061 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR, 0307020070 PULPOTOMIA DENTÁRIA, 0307020088 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR, 0307020096 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE COM 3 OU MAIS RAÍZES, 0307020100 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR

Faixa etária: Menor 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 a 29 anos, 30 a 34 anos, 35 a 39 anos, 40 a 44 anos, 45 a 49 anos, 50 a 54 anos, 55 a 59 anos, 60 a 64 anos, 65 a 69 anos, 70 a 74 anos, 75 a 79 anos, 80 anos e mais, Não informada/não exigida, Idade com erro

Sexo: Masculino, Feminino

Período: 2013

Procedimento	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	30 a 34 anos	40 a 44 anos	45 a 49 anos	50 a 54 anos	55 a 59 anos	60 a 64 anos	Total
TOTAL	5	2	1	1	1	11	1	2	3	1	28
0307020037 OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	5	2	.	.	.	.	.	.	.	.	7
0307020045 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR	.	.	.	.	.	2	.	1	2	.	5
0307020053 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE COM TRÊS OU MAIS RAÍZES	.	.	1	.	1	3	.	.	1	1	7
0307020061 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	.	.	.	1	.	3	.	1	.	.	5
0307020088 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	2
0307020100 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	2

Fonte: DATASUS, 2016.

Manualmente, transformaram-se as faixas etárias em grupos etários (0 a 9 anos, 10 a 19 anos, 20 a 34 anos, 35 a 59 anos e acima de 60 anos). Esses grupos etários foram formados dessa maneira devido ao programa do DATASUS dividir as faixas etárias conforme citado anteriormente, sendo impossível separar as dentições decíduas, mistas e permanentes. Sendo assim os grupos etários foram divididos entre crianças, adolescentes, adultos jovens, adultos e idosos. Deve-se repetir esse modelo para os anos de 2014 e 2015 e para os outros tipos de

procedimentos odontológicos (exodontia, periodontia, preventivo, protético e restaurador). Por exemplo, para se obterem os procedimentos preventivos, deve-se clicar em "Procedimentos"; em seguida, clicar em "Aplicação de carioestático por dente", "Aplicação de selante por dente", "Aplicação tópica de flúor" (individual por sessão) e "Evidenciação de placa bacteriana". Em faixa etária, clicar em todas as categorias.

Figura 10- Produção Ambulatorial (SIA/SUS) por procedimentos preventivos individuais, por faixa etária, por local de residência segundo o município de Goiânia.

520870 Goiânia  
520880 Goiânia  
520890 Goiás

- + Região de Saúde (CIR)
- + Macrorregião de Saúde
- + Divisão administ estadual
- + Microrregião IBGE
- + Região Metropolitana - RIDE
- Procedimento

🔍 Digite o texto e ache fácil

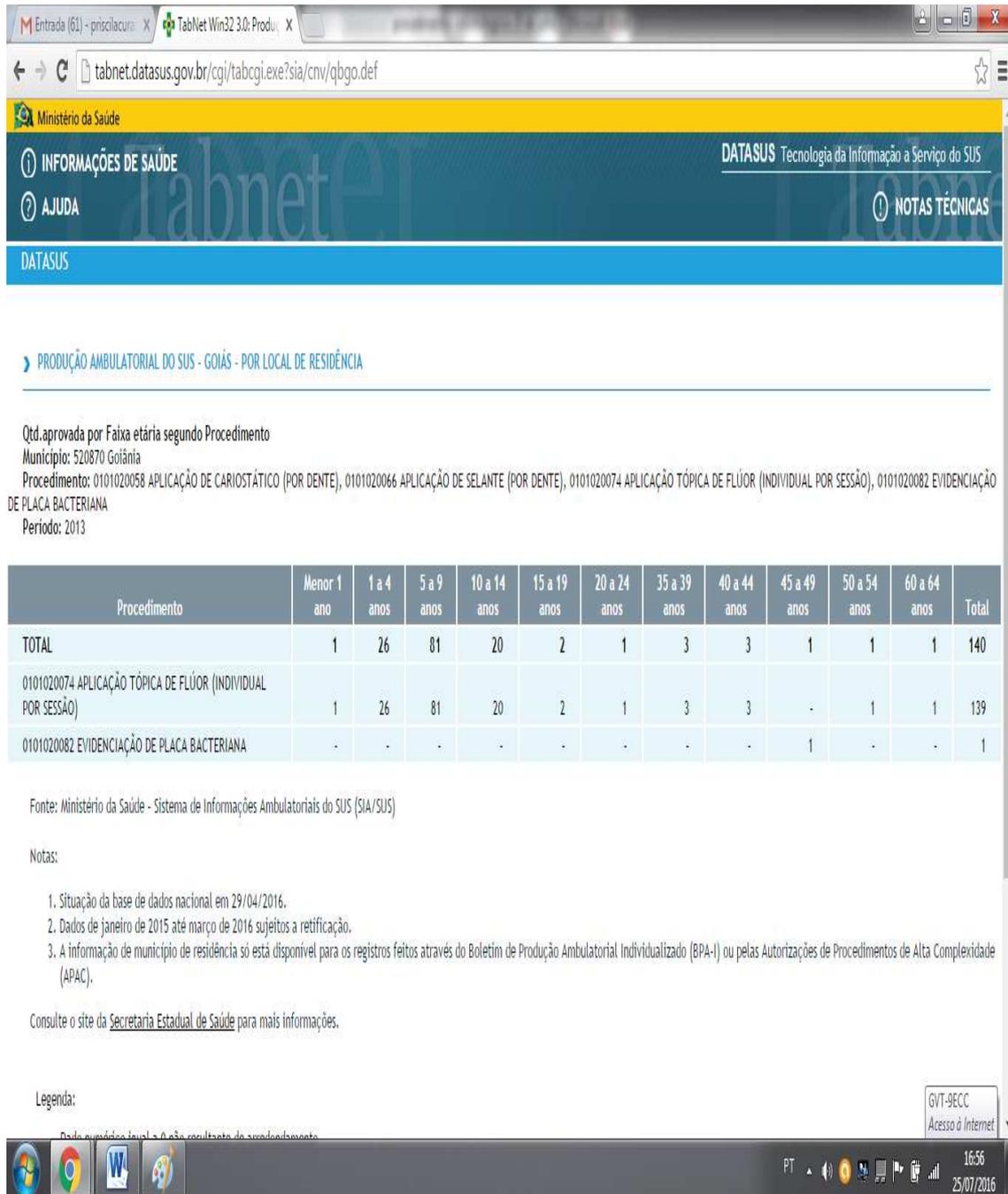
- 0101020031 AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA
- 0101020040 AÇÃO COLETIVA DE EXAME BUCAL COM FINALIDADE EPIDEMIOLÓGICA
- 0101020058 APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE)
- 0101020066 APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE)
- 0101020074 APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO)
- 0101020082 EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA



Fonte: DATASUS, 2016.

Logo abaixo, clicar em MOSTRA, uma tabela com todos os dados será aberta, porém, para facilitar os cálculos, é necessário abri-la como cópia CSV, para isso, correr a página até o fim e clicar em Como cópia CSV. Ao se abrir a planilha no *Microsoft Excel*, devem-se observar os procedimentos odontológicos preventivos por faixa etária.

Figura 11- Produção Ambulatorial (SIA/SUS), por procedimentos preventivos, por faixa etária, por local de residência, segundo o município de Goiânia no ano de 2013.



Fonte: DATASUS, 2016.

Manualmente, foram transformadas as faixas etárias em grupos etários de acordo com os próprios registros disponíveis do Datasus (0 a 9 anos, 10 a 19 anos, 20 a 34 anos, 35 a 59 anos e acima de 60 anos). Deve-se repetir esse modelo para os anos de 2014 e 2015. Em seguida, deve-se selecionar "Indicadores de Saúde e Pactuações", "Rol de Diretrizes", "Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 -

Edição 2014", "Indicadores Municipais". Na área de Abrangência Geográfica, deve-se selecionar o estado a ser pesquisado e clicar no mapa.

Figura 12 – Indicadores de Saúde Bucal.

The screenshot shows the DATASUS website interface. At the top, there is a yellow header with the 'Ministério da Saúde' logo and a search bar. Below the header, a blue navigation bar contains links like 'Início', 'Perguntas Frequentes', and 'Mapa do Sítio'. The main content area is titled 'Indicadores de Saúde e Pactuações' and features a list of options with radio buttons. The 'Indicadores Municipais' option is selected. To the right, there is a map of Brazil with a dropdown menu for 'Abrangência Geográfica' and the instruction 'Selecione a opção ou clique no mapa'. A sidebar on the left contains a navigation menu with categories like 'Informações de Saúde (TABNET)', 'Assistência à Saúde', and 'Estatísticas de acesso ao TABNET'.

Fonte: DATASUS, 2016

Aparecerão na tela os seguintes indicadores a serem selecionados: 1. Cobertura equipe atenção básica,(...) 4. Cobertura equipe saúde bucal, 5. Média escovação dental supervisionada, 6. Proporção de Exodontias relacionadas ao número de procedimentos odontológicos. Todos esses indicadores são referentes

ao município escolhido, neste caso, Goiânia, nos períodos disponíveis de 2013-2015.

Figura 13 – Indicadores do rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores – Goiânia nos anos de 2013, 2014 e 2015.

› INDICADORES DO ROL DE DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES 2014 - GOIÁS - INDICADORES MUNICIPAIS

Linha	Coluna	Conteúdo
Município ▲	Não ativa ▲	1. Cob equipes atenção básica ▲
Ano ▼	Ano ▼	2. %Int.cond.sensiv.at. básica ▲
		3. Cob acomp.condic saúd PBF ▲
		4. Cob equipes saúde bucal ▼

› PERÍODOS DISPONÍVEIS

2014 ▲
2013 ▲
2012 ▲
2011 ▲
2010 ▲
2009 ▼

› SELEÇÕES DISPONÍVEIS

☐ Município

🔍 Digite o texto e ache fácil

- 520760 Fazenda Nova
- 520780 Firminópolis
- 520790 Flores de Goiás
- 520800 Formosa
- 520810 Formoso
- 520815 Gameleira de Goiás
- 520840 Goianápolis
- 520850 Goiandira
- 520860 Goianésia
- 520870 Goiânia

☐ Região de Saúde (CIR)

Ordenar pelos valores da coluna  Exibir linhas zeradas

Formato  Tabela com bordas  Texto pré-formatado  Colunas separadas por ";"

Mostra Limpa

Fonte: DATASUS, 2016.

Informações referentes aos procedimentos odontológicos realizados nos municípios devem ser buscadas para se calcular o indicador de Média de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais e para se coletarem as informações referentes aos procedimentos odontológicos dos anos de 2013 a 2015. Para isso, é necessário o *download* da "Produção Ambulatorial, por local de atendimento". Então, deve-se acessar a plataforma Datasus, clicar em "Informações de saúde", em seguida "Assistência à Saúde", escolher o estado e, logo após, "Produção Ambulatorial, por local de atendimento – a partir de 2008".

Figura 14– Informações de Saúde-Produção Ambulatoria por local de atendimento.

The screenshot shows the Datasus website interface. At the top, there is a search bar and navigation links. The main content area displays the breadcrumb path: **Início > Informações de Saúde (TABNET) > Assistência à Saúde**. Under "Escolha uma opção:", there are three main categories: "Produção Hospitalar (SIH/SUS)", "Produção Ambulatorial (SIA/SUS)", and "Imunizações - desde 1994". Under "Produção Ambulatorial (SIA/SUS)", the option "Por local de atendimento - a partir de 2008" is selected. To the right, there is a "Nota Técnica" section with a dropdown menu for "Abrangência Geográfica:" set to "Goiás". Below this is a map of Brazil with the state of Goiás highlighted in orange. At the bottom left, there is a counter for "N° de acessos" showing "2 6 5 2 9 6 8 9".

Fonte: DATASUS, 2016.

Na página de produção ambulatorial do SUS - Goiás - por local de atendimento, na opção "Linha", selecionar "Procedimento"; na opção "Coluna", escolher "Ano de Atendimento"; em "Conteúdo", deve-se selecionar quantidade

aprovada. Em períodos disponíveis, selecione todos os meses de 2013, 2014 e 2015; em município, selecione a cidade de Goiânia.

Figura 15- Produção ambulatorial do SUS por local de atendimento - Goiânia.

The screenshot displays the TabNet web application interface. At the top, the browser address bar shows the URL: `tabnet.datasus.gov.br/cgj/deftohtm.exe?sia/cnv/qago.def`. Below the browser, the main content area is titled "PRODUÇÃO AMBULATORIAL DO SUS - GOIÁS - POR LOCAL DE ATENDIMENTO".

Under this title, there are three columns of dropdown menus for filtering data:

Linha	Coluna	Conteúdo
Ano atendimento	Ano processamento	Qtd. aprovada
Procedimento	Ano/mês atendimento	Valor aprovado
Grupo procedimento	Ano atendimento	Qtd. apresentada
Subgrupo proced.	Grupo procedimento	Valor apresentado

Below the filters, there is a section titled "PERÍODOS DISPONÍVEIS" (Available Periods). It features a dropdown menu currently showing the month and year "Mai/2013", with other visible options including "Abr/2013", "Mar/2013", "Fev/2013", "Jan/2013", and "Dez/2012".

The next section is "SELEÇÕES DISPONÍVEIS" (Available Selections). It includes a "Município" (Municipality) dropdown menu. The search bar contains the text "Digite o texto e ache fácil". The dropdown list shows the following entries:

- 520860 Goianésia
- 520870 Goiânia
- 520880 Goianira

Fonte: DATASUS, 2016.

Na parte de procedimentos, deve-se selecionar os códigos e procedimentos.

Figura 16- Produção ambulatorial do SUS por local de atendimento – Goiânia nos anos de 2013, 2014 e 2015.



### PRODUÇÃO AMBULATORIAL DO SUS - GOIÁS - POR LOCAL DE ATENDIMENTO

Qtd. aprovada por Ano atendimento segundo Procedimento

Município: 520870 Goiânia

Procedimento: 0101020058 APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE), 0101020066 APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE), 0101020074 APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO), 0101020082 EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA, 0101020090 SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA, 0204010160 RADIOGRAFIA OCLUSAL, 0204010179 RADIOGRAFIA PANORAMICA, 0204010187 RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-VING), 0307010015 CAPEAMENTO PULPAR, 0307010023 RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO, 0307010031 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR, 0307010040 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR, 0307010058 TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS, 0307020010 ACESSO À POLPA DENTARIA E MEDICACAO (POR DENTE), 0307020029 CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO, 0307020070 PULPOTOMIA DENTÁRIA, 0307030016 RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE), 0307030024 RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE), 0307030032 RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE), 0307040038 INSTALACAO E ADAPTAÇÃO DE PROTESE DENTARIA, 0307040070 MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL P/ CONSTRUÇÃO DE PROTESE DENTARIA, 0307040089 REEMBASAMENTO E CONSERTO DE PROTESE DENTARIA, 0307040135 CIMENTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA, 0307040143 ADAPTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA, 0307040151 AJUSTE OCLUSAL, 0307040160 INSTALAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA, 0401010082 FRENECTOMIA, 0404020054 DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS, 0414010019 CONTENCAO DE DENTES POR SPLINTAGEM, 0414020120 EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO, 0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE, 0414020146 EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE, 0414020170 GLOSSORRAFIA, 0414020359 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL, 0414020383 TRATAMENTO DE ALVEOLITE, 0414020405 ULOTOMIA/ULECTOMIA

Período: 2013-2015

Procedimento	2012	2013	2014	2015	Total
TOTAL	129	289.211	337.299	236.917	863.556
0101020058 APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE)	-	391	463	424	1.278
0101020066 APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE)	-	7.376	5.389	4.155	16.920
0101020074 APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO)	41	27.534	20.422	20.807	68.804
0101020082 EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA	12	21.822	20.491	17.475	59.800
0101020090 SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA	9	12.624	8.690	8.941	30.264
0204010160 RADIOGRAFIA OCLUSAL	-	937	244	320	1.501
0204010179 RADIOGRAFIA PANORAMICA	-	1.976	2.016	5.794	9.786

0204010187 RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-VING)	-	36.127	37.709	47.940	121.776
0307010015 CAPEAMENTO PULPAR	5	3.728	3.665	3.068	10.466
0307010023 RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	1	15.986	11.036	9.779	36.802
0307010031 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR	2	14.400	10.515	9.295	34.212
0307010040 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR	18	38.418	129.109	23.210	190.755
0307010058 TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS	-	9	140	91	240
0307020010 ACESSO A POLPA DENTARIA E MEDICACAO (POR DENTE)	2	7.452	5.709	5.869	19.032
0307020029 CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO	1	5.310	3.954	4.159	13.424
0307020070 PULPOTOMIA DENTÁRIA	-	3.648	2.139	2.189	7.976
0307030016 RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	28	48.313	38.313	33.235	119.889
0307030024 RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	-	7.556	6.343	7.233	21.132
0307030032 RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)	3	11.479	12.080	13.231	36.793
0307040038 INSTALACAO E ADAPTAÇÃO DE PROTESE DENTARIA	-	670	-	-	670
0307040070 MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL P/ CONSTRUÇÃO DE PROTESE DENTARIA	-	2.752	2.640	2.466	7.858
0307040089 REEMBASAMENTO E CONSERTO DE PROTESE DENTARIA	-	73	45	214	332
0307040135 CIMENTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA	-	-	10	15	25
0307040143 ADAPTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA	-	56	485	476	1.017
0307040151 AJUSTE OCLUSAL	-	-	79	391	470
0307040160 INSTALAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA	-	84	404	454	942
0401010082 FRENECTOMIA	-	58	123	303	484
0404020054 DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS	-	1.023	633	542	2.198
0414020120 EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO	1	7.130	4.942	4.688	16.761
0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	6	11.837	8.487	9.345	29.675
0414020146 EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE	-	225	816	668	1.709
0414020170 GLOSSORRAFIA	-	3	-	3	6
0414020359 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUÇO-DENTAL	-	31	19	13	63
0414020383 TRATAMENTO DE ALVEOLITE	-	96	107	50	253
0414020405 ULOTOMIA/IULECTOMIA	-	87	82	74	243

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Fonte: DATASUS, 2016.

Logo abaixo clicar em MOSTRA, uma tabela com todos os dados será aberta, porém, para facilitar os cálculos, é necessário abri-la como cópia CSV. Para isso, deve-se correr a página até o fim e clicar em "Como cópia CSV". Ao abrir-se a planilha no Microsoft Excel, devem-se observar os procedimentos odontológicos. A quantidade de procedimento já estará organizada para cada ano.

Para visualizar os indicadores de Atenção Secundária da Saúde Bucal e diagnóstico de alteração da mucosa, deve-se ter acesso a Informações de Saúde (TABNET), como descrito no item anterior. Seleciona-se "Assistência à Saúde" e clica em "Atenção Básica - Saúde da Família - desde 1998". Em seguida, deve-se clicar em "PMA (Programa Nacional de Melhoria do Acesso) Complementar". Na área de "Abrangência Geográfica", seleciona-se o estado a ser pesquisado e clica no mapa.

Figura 17- PMA Complementar.

The screenshot shows the DATASUS website interface. At the top, there is a search bar and navigation links. The main content area displays the breadcrumb path: **Início > Informações de Saúde (TABNET) > Assistência à Saúde**. Under "Assistência à Saúde", there are several menu items, with "PMA Complementar" selected. To the right, there is a map of Brazil with a dropdown menu for "Abrangência Geográfica" set to "Goiás".

**portais da saúde**  
Acesso Rápido | digite o texto | Busca

DATASUS | Início | Perguntas Frequentes | Mapa do Sítio | Webmail | Fale Conosco | MS-BBS

O DATASUS

**Informações de Saúde (TABNET)**

- Indicadores de Saúde e Pactuações
- Assistência à Saúde
- Epidemiológicas e Morbidade
- Rede Assistencial
- Estatísticas Vitais
- Demográficas e Socioeconômicas
- Inquéritos e Pesquisas
- Saúde Suplementar
- Estatísticas de acesso ao TABNET
- Tutorial
- Informações de Saúde (BI)
- Informações Financeiras
- Tabelas e Aplicativos
- Serviços

**Início > Informações de Saúde (TABNET) > Assistência à Saúde**

Escolha uma opção:

Produção Hospitalar (SIH/SUS)

- Por local de internação - a partir de 2008
- Por local de internação - de 1992 a 2007
- Por local de residência - a partir de 2008
- Por local de residência - de 1995 a 2007
- Por gestor - a partir de 2008

Veja também as informações de [Morbidade](#).

Produção Ambulatorial (SIA/SUS)

- Por local de atendimento - a partir de 2008
- Por local de atendimento - de 1994 a 2007
- Por local de residência - a partir de 2008
- Por gestor - a partir de 2008

Imunizações - desde 1994

- Doses aplicadas
- Cobertura

Atenção Básica - Saúde da Família - desde 1998

- Situação de Saúde
- Produção e Marcadores
- Cadastramento Familiar
- Situação de Saneamento
- PMA Complementar**

Abrangência Geográfica:  
Goiás

Nº de acessos  
2 6 5 3 0 2 4 1

DATASUS, 2016.

Fonte:

Aparecerá na tela o sistema de informação. Na linha, deve-se escolher ano; na coluna, deixar como não ativa; e, no conteúdo, os indicadores a serem selecionados: "Diagnóstico de Alteração da Mucosa", "Primeira Consulta Odontológica Programada" e "Tratamentos Concluídos". No períodos disponíveis, escolher todos os meses dos anos 2013, 2014 e 2015. Em "Seleções disponíveis", escolher o município, no caso, Goiânia.

Figura 18. Indicadores Diagnóstico de Alteração da Mucosa, Primeira Consulta Odontológica Programada e Tratamentos Concluídos em Goiânia nos anos de 2013, 2014 e 2015.



Fonte: DATASUS, 2016.

Logo abaixo, clicar em MOSTRA, uma tabela com todos os dados será aberta, porém, para facilitar os cálculos, é necessário abri-la como cópia CSV. Para isso, deve-se correr a página até o fim e clicar em "Como cópia CSV". Ao se abrir a planilha no Microsoft Excel, devem-se observar os indicadores odontológicos para cada ano.

Figura 19. Resultado dos Indicadores de Diagnóstico de Alteração da Mucosa, Primeira Consulta Odontológica Programada e Tratamentos Concluídos em Goiânia nos anos de 2013, 2014 e 2015.



SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA - PMA - COMPLEMENTAR - GOIÁS

1 Cons.Odont.Prog., Trat. Concluído, Diag.Alter.Mucosa segundo Ano  
Período: 2013-2015

Ano	1 Cons.Odont.Prog.	Trat. Concluído	Diag.Alter.Mucosa
TOTAL	1.195.577	383.100	15.208
2013	458.536	140.371	5.129
2014	494.913	139.241	6.383
2015	242.128	103.488	3.696

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB

Fonte: DATASUS, 2016.

Os dados socioeconômicos para o município de Goiânia, presentes no estudo, foram coletados a partir das bases de dados do IBGE, disponíveis no link: <http://www.ibge.gov.br>

Figura 20- IBGE, Cidades.

The screenshot displays the IBGE website interface. At the top, there is a navigation bar with the IBGE logo, the motto "ORDEM E PROGRESSO", and a search bar. Below this is a horizontal menu with categories: Indicadores, População, Economia, Geociências, Canais, Download, Pesquisas, and Sala de Imprensa. The main content area is divided into several sections:

- Calendários:** A sidebar menu with options for Indicadores, Pesquisas Estruturas, and Geociências.
- Canais:** A sidebar menu with options for Banco de Dados, BME, Séries Estatísticas, Cidades@, Estados@, Países@, Mapas, Pesquisa de Informações Básicas Estaduais - Estadisc, Pesquisa de Informações Básicas Municipais - Munic, and SIDRA.
- News Section:**
  - PIB cai (-1,7%) em relação ao segundo trimestre de 2015:** No terceiro trimestre de 2015, o Produto Interno Bruto (PIB) caiu 1,7% em relação ao trimestre anterior... 01/12/2015
  - 01/12/2015:** Em 2014, esperança de vida ao nascer era de 75,2 anos
  - 30/11/2015:** Registro Civil 2014: Brasil teve 4.854 casamentos homoafetivos
  - 30/11/2015:** IBGE disponibiliza nova versão do modelo de ondulação geoidal do Brasil (MARGEO2015)
  - O Brasil município por município:** Calendário de divulgação - 30 de novembro
- Projeção da população brasileira:** 205 162 084 (As 19:12:44 de 02/12/2015)
- Últimos Resultados:**

PIB	-2,5%
3º trimestre de 2015	
IPP	1,77%
Out/2015	
PNAD Continua Trimestral	8,9%
3º trimestre de 2015	
PME	7,9%
Out/2015	
- Indicadores:** A sidebar menu with the option for PIB.
- LOJA:** A virtual store section with the text "visite a nossa loja virtual" and links to "Estatísticas do Registro Civil 2014" and "PNAD 2014 - Síntese dos indicadores".
- Portal de Mapas:** A section featuring a map of Brazil.

Fonte: IBGE, 2016.

Na próxima página, na parte inferior, devemos clicar no link: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa\\_tcu.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_tcu.shtm).

Figura 21- IBGE, População.

www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=520870&search=goias|goiania|infograficos:-informacoes-completas

BRASIL Serviços Participe Acesso à informação Legislação Canais

**IBGE**  
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

English procure no IBGE buscar

**CIDADES@**  
O Cidades é uma ferramenta para se obter informações sobre todos os municípios do Brasil num mesmo lugar. Aqui são encontrados gráficos, tabelas, históricos e mapas que traçam um perfil completo de cada uma das cidades brasileiras.

AC AL AM AP BA CE DF ES GO MA MG MS MT PA PB PE PI PR RJ RN RO RR RS SC SE SP TO código ou cidade aniversários

ABCEDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ

Abadia de Goiás  
Abadiânia  
Acreúna  
Adelândia  
Água Fria de Goiás  
Água Limpa

Goiás » Goiânia

Curtir 19 Tweetar G+ 0 LINK: <http://cod.ibge.gov.br/4AD> imprimir

informações completas síntese das informações histórico do município infográficos fotos

www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=520870&search=goias|goiania|infograficos:-informacoes-completas

Campos Belos	<b>+ Produção Agrícola Municipal - Lavoura Temporária</b>
Campos Verdes	<b>+ Produto Interno Bruto dos Municípios</b>
Carmo do Rio Verde	<b>+ Representação Política</b>
Castelândia	<b>+ Serviços de Saúde</b>
Catalão	<b>+ Sistema Nacional de Informação de Gênero - Uma análise dos resultados do Censo Demográfico</b>
Caturai	
Cavalcante	
Ceres	
Cezarina	<b>Fontes das Informações</b>
Chapadão do Céu	<b>--&gt; Detalhes sobre as Fontes das Informações</b>
Cidade Ocidental	
Cocalzinho de Goiás	
Colinas do Sul	<b>Notas</b>
Córrego do Ouro	(1) Retificação, em 12/09/2016, das populações de Piritiba (BA), Tapiramutá (BA), Morro do Chapéu (BA), Urbano Santos (MA), Barreirinhas (MA) e Santa Quitéria do Maranhão (MA). Para verificar atualizações e consultar estimativas da população de anos anteriores, consulte o link
Corumbá de Goiás	<a href="http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_tc.u.shtml">http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_tc.u.shtml</a>
Corumbaitaba	
Cristalina	
Cristianópolis	
...	

Fonte: IBGE, 2016.

Ao abrir o link, iremos obter os dados referentes à demografia por anos anteriores.

Figura 22 - IBGE, População referente aos anos anteriores a 2016.

www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa\_tcu.shtm

BRASIL Serviços Participe Acesso à informação Legislação Canais

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ENGLISH ESPAÑOL A- A+

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ACesso à INFormação • LINKS • FALE CONOSCO • MAPA DO SITE

Google Pesquisa Personalizada Pesquisar

Indicadores População Economia Geociências Canais Download Pesquisas Sala de Imprensa

### Estimativas de População

Introdução Resultados

Estimativas de população para 1º de julho de 2016

- Estimativas de população enviadas ao TCU
  - em formato xls
- Estimativas de população publicadas no D.O.U
  - em formato ods
- Série 2001-2016 TCU
  - em formato pdf

Legislação Erramos

Estimativas por ano

2016 :: 2015 :: 2014  
 2013 :: 2012 :: 2011  
 2009 :: 2008 :: 2006  
 2005 :: 2004 :: 2003  
 2002 :: 2001 :: 1999  
 1998 :: 1997 :: 1995  
 1994 :: 1993 :: 1992

Fonte: IBGE, 2016.

Após clicarmos no ano de 2015, devemos escolher o link [:http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa\\_tcu.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa_tcu.shtm).

Figura 23 - IBGE, População referente ao ano de 2015.



Fonte: IBGE, 2016.

Na próxima página, deve-se escolher o formato desejado, como na Figura 20, e abrir-se-á a página com estimativas da população residente no município, em 2015.

Figura 24- População de Goiânia referente ao ano de 2015.

① [ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2015/estimativa\\_2015\\_TCU\\_20160712.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015/estimativa_2015_TCU_20160712.pdf)

ESTIMATIVAS DA POPULAÇÃO RESIDENTE NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS COM DATA DE REFERÊNCIA EM 1º DE JULHO DE 2015				
UF	COD. UF	COD. MUNIC	NOME DO MUNICÍPIO	POPULAÇÃO ESTIMADA
GO	52	08103	Formoso	4.726
GO	52	08152	Gameleira de Goiás	3.664
GO	52	08400	Goianápolis	11.024
GO	52	08509	Goianira	5.549
GO	52	08608	Goianésia	65.767
GO	52	08707	Goiânia	1.430.697
GO	52	08806	Goianira	39.484
GO	52	08905	Goiás	24.439
GO	52	09101	Goiatuba	34.043
GO	52	09150	Gouvelândia	5.499
GO	52	09200	Guapó	14.441
GO	52	09291	Guaraitá	2.268
GO	52	09408	Guarani de Goiás	4.204
GO	52	09457	Guarinos	2.134
GO	52	09606	Heitorai	3.731
GO	52	09705	Hidrolândia	19.761
GO	52	09804	Hidrolina	3.927
GO	52	09903	Iaciara	13.423

Fonte: IBGE, 2016.

Como a informação quanto à população para os outros anos não estava presente no canal Cidades@ dos municípios do IBGE, a busca foi realizada no site do Datasus, no link: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?>. Para isso, selecionaram-se o link "Informações de Saúde"; em seguida, "Indicadores de Saúde e Cadernos de Informações de Saúde". Após se acessar os "Cadernos de Informações de Saúde", selecionou-se o estado e município desejados, para se ter acesso aos dados referentes à demografia.

Figura 25- População de Goiânia referente aos anos de 2013 e 2014.

The screenshot shows the DATASUS website interface. At the top, there is a navigation bar with 'Ministério da Saúde', 'INFORMAÇÕES DE SAÚDE', and 'AJUDA'. Below this, a blue banner displays 'DATASUS'. The main content area is titled 'POPULAÇÃO RESIDENTE - ESTIMATIVAS PARA O TCU - GOIÁS'. It includes a sub-header 'População estimada por Ano segundo Município' with details: 'Município: 520870 Goiânia' and 'Período: 2013-2015'. A table follows, showing population estimates for 2013 and 2014 for the total population and for the municipality of Goiânia (520870).

Município	2013	2014
TOTAL	1.393.575	1.412.364
520870 Goiânia	1.393.575	1.412.364

Fonte: [IBGE - Estimativas de população](#)

Fonte: DATASUS, 2016.

Com essas informações, é possível efetuar o cálculo para obtenções dos indicadores. Seguem os métodos do cálculo para cada indicador:

**a) Média de procedimentos odontológicos básicos individuais:** Consiste no número médio de procedimentos odontológicos básicos, clínicos e / ou cirúrgicos, realizados por indivíduo, na população residente em determinado local e período dividido pela população total, no mesmo local e período. Reflete a concentração de procedimentos clínico-cirúrgicos realizados por pessoa pelos serviços odontológicos básicos do SUS.

Método de cálculo:

Número de procedimentos odontológicos básicos individuais em determinado local e período

---

População no mesmo local e período

**b) Cobertura da primeira consulta odontológica programática (Proporção da população com acesso a tratamento odontológico):**

É o percentual de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática no Sistema Único de Saúde (SUS). A primeira consulta odontológica programática é aquela em que o exame clínico odontológico do

paciente é realizado com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico (PPT), no âmbito de um programa de saúde. Método de cálculo: número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado local e período dividido pela população total no mesmo local e período, multiplicado por 100. Indica o acesso da população geral à assistência odontológica individual, excluindo-se consultas de urgência e emergência.

Método de cálculo:

Número total de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado local e período \_\_\_\_\_ X100 População no mesmo local e período

**c) Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas**

Método de cálculo:

Número de Tratamentos Concluídos pelo CD \_\_\_\_\_ X 100  
Número de primeiras consultas programáticas

### ANEXO A Rol de Procedimentos Odontológicos

Classificam-se como procedimentos de DIAGNÓSTICO:

I – Consulta inicial	Consiste em anamnese, preenchimento de ficha clínica odontológica, diagnóstico das doenças e anomalias bucais do paciente, plano de tratamento e prognóstico;
II – Exame histopatológico	Consiste em exame feito de tecido obtido por biópsia incisional ou excisional. O objetivo principal do exame é a definição clara de uma patologia: neoplásica, inflamatória, infecciosa, etc. No caso de neoplasias, são fornecidas informações para o estadiamento e prognóstico;

Classificam-se como procedimentos de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA:

I - Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial	Consiste na aplicação de hemostático e/ou sutura na cavidade bucal.
II - Curativo em caso de odontalgia aguda /pulpectomia/necrose	Consiste na abertura de câmara pulpar e remoção da polpa, obturação endodôntica ou núcleo existente.
III - Imobilização dentária temporária	Procedimento que visa à imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocado por trauma.
IV - Recimentação de trabalho protético	Consiste na recolocação de trabalho protético.
V - Tratamento de alveolite	Consiste na limpeza do alvéolo dentário.
VI - Colagem de fragmentos	Consiste na recolocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de



	material dentário adesivo.
VII - Incisão e drenagem de abscesso extra Oral	Consiste em incisão na face e posterior drenagem do abscesso.
VIII – Incisão e drenagem de abscesso Intraoral	Consiste em incisão dentro da cavidade oral e posterior drenagem do abscesso.
IX - Reimplante de dente avulsionado	Consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e consequente imobilização.

Classificam-se como procedimentos de RADIOLOGIA:

I - Radiografia periapical	Realizada com película periapical inteira ou cortada ao meio, ou ainda com película infantil, mesmo que realizada em adulto. As películas podem ser de 2,0x3,0; 2,2x3,5; 2,4x4,0, ou 3,0x4,0.
II - Radiografia bite-wing	Realizada com película periapical inteira ou cortada ao meio, ou ainda com película infantil, mesmo que realizada em adulto. As películas podem ser de 3,0x2,0; 3,5x2,2; 2,4x4,0; 4,0x2,4; 4,0x3,0 ou 5,3x2,6.
III - Radiografia oclusal	Realizada com película oclusal inteira, com filme simples ou duplo. As películas podem ser 5,7x7,5cm ou 5,7x7,6 cm.

Classificam-se como procedimentos de PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL:

I - Atividade Educativa	Consiste em informar e motivar o beneficiário quanto à necessidade de manter a higiene bucal, devendo ser fornecida orientação quanto: a) aos métodos de higienização e seus
-------------------------	---



	<p>produtos, tais como escovas dentais, fios dentais, cremes dentais e antissépticos' orais, tanto no que diz respeito à qualidade quanto ao uso;</p> <p>b) à cárie dental;</p> <p>c) à doença periodontal;</p> <p>d) ao câncer bucal ; e</p> <p>e) à manutenção de próteses.</p>
II - Evidenciação de placa bacteriana	Consiste no uso de substâncias evidenciadoras, para identificação da presença de biofilme nas superfícies dentárias.
III - Profilaxia - polimento coronário	Consiste no polimento através de meios mecânicos da superfície coronária do dente.
IV - Fluorterapia	Consiste na aplicação direta de produtos fluorados sobre a superfície dental, sendo realizada, somente, após profilaxia.
V - Aplicação de selante	Consiste na aplicação de produtos ionoméricos, resinas fluidas, foto ou quimicamente polimerizadas nas fôssulas e sulcos de dentes posteriores decíduos e/ou permanentes e na face palatina de incisivos superiores permanentes.

Classificam-se como procedimentos de DENTÍSTICA:

I – Aplicação de cariostático	Consiste na aplicação de medicamento que visa estacionar o processo de cárie bem como a eliminação de sítios de retenção de biofilme.
II – Adequação do meio bucal	Consiste na remoção de tecido cariado e

	colocação de material obturador provisório; e/ou remoção/diminuição de excessos/arestas ou rugosidades em restaurações/próteses fixas, visando eliminação de sítios de retenção de biofilme.
III - Restauração de 1 (uma) face	Consiste em utilizar manobras, para recuperar as funções de um dente que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural, em uma face.
IV - Restauração de 2 (duas) faces	Consiste em utilizar manobras, para recuperar as funções de um dente que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural, em duas faces.
V - Restauração de 3 (três) faces	Consiste em utilizar manobras, para recuperar as funções de um dente que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural, em três faces.
VI - Restauração de 4 (quatro) faces ou faceta direta	Consiste em utilizar manobras, para recuperar as funções de um dente que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural, em quatro faces.
VII - Restauração de ângulo	Consiste em utilizar manobras, para recuperar as funções de um dente que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural, em ângulo.
VIII - Restauração a pino	Consiste em fixar pinos, metálicos ou não, à coroa remanescente para que se possa confeccionar uma restauração com maior resistência e retenção.
IX - Restauração de superfície radicular	Consiste em utilizar manobras, para



	recuperar as funções de um dente que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural, na raiz.
X – Núcleo de preenchimento	Consiste na reconstrução de dentes seriamente comprometidos pelo processo cariioso, antes da confecção de uma restauração definitiva, não envolvendo câmara radicular.
XI- Ajuste oclusal	Consiste em realizar pequenos desgastes seletivos visando à obtenção de harmonia oclusal.

Classificam-se como procedimentos de PERIODONTIA:

I – Raspagem supragengival e polimento Coronário	Consiste na remoção de induto e/ou cálculo supragengival seguido de alisamento e polimento coronário (ausência de bolsa periodontal – sulco gengival até 4 mm de profundidade).
II – Raspagem subgengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal	Consiste na remoção de induto e/ou cálculo subgengival, seguida de alisamento radicular (presença de bolsa periodontal acima de 4 mm de profundidade).
III – Imobilização dentária temporária ou Permanente	Consiste na imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocado por doença periodontal.
IV – Gengivectomia/gengivoplastia	Procedimento cirúrgico que consiste na redução de bolsas periodontais supraósseas



	(até 4 mm) ou para refazer contornos gengivais anormais tais como crateras e hiperplasias gengivais.
V - Aumento de coroa clínica	Intervenção cirúrgica para recuperação do espaço biológico (aproximadamente 3 mm a partir da crista óssea alveolar até a borda do dente) necessário do dente, para posterior tratamento.
VI – Cunha distal	Tratamento cirúrgico de bolsas periodontais com defeito ósseo-angular na superfície distal de molares que dispõe de gengiva inserida reduzida.
VII – Cirurgia periodontal a retalho	Procedimento cirúrgico que consiste na redução de bolsas periodontais infraósseas (acima de 4 mm) através de retalho mucoperiosteal e, subsequente debridamento da superfície radicular e correção de irregularidades das cristas ósseas.
VIII – Sepultamento radicular	Procedimento cirúrgico que consiste em retalho mucoperiosteal e nivelamento da raiz residual (com tratamento endodôntico e sem lesão periapical) à crista óssea e subsequente reposicionamento do retalho.

Classificam-se como procedimentos de ENDODONTIA:

I – Capeamento pulpar direto – excluindo restauração final	Consiste em utilizar manobras para recuperar um dente que tenha sido afetado por cárie ou fratura profunda no caso de
--	---

	exposição pulpar, através da utilização de produtos específicos para proteger a polpa dentária e na tentativa de se evitar o tratamento endodôntico.
II - Pulpotomia	Consiste em remover a polpa coronária de dentes decíduos e/ou permanentes.
III - Remoção de núcleo intrarradicular/corpo estranho	Consiste em retirar o núcleo e/ou corpo estranho da cavidade intrarradicular, com finalidade endodôntica ou protética.
IV - Tratamento endodôntico em dentes permanentes com 01 (um) conduto	Consiste em realizar manobra em dentes com um conduto radicular, realizando a abertura da câmara pulpar, remoção da polpa, preparo químico mecânico e preenchimento do conduto com material obturador.
V - Tratamento endodôntico em dentes permanentes com 02 (dois) condutos	Consiste em realizar manobra em dentes com dois condutos radiculares independente do número de raízes, realizando a abertura da câmara pulpar, remoção da polpa, preparo químico mecânico e preenchimento dos condutos com material obturador.
VI - Tratamento endodôntico em dentes permanentes com 03 (três) condutos	Consiste em realizar manobra em dentes com três condutos radiculares independente do número de raízes, realizando a abertura da câmara pulpar, remoção da polpa, preparo químico mecânico e preenchimento dos condutos com material obturador.
VII - Tratamento endodôntico em dentes permanentes com 04 (quatro) condutos ou mais	Consiste em realizar manobra em dentes com quatro ou mais condutos radiculares



	independente do número de raízes, realizando a abertura da câmara pulpar, remoção da polpa, preparo químico mecânico e preenchimento dos condutos com material obturador.
VIII - Retratamento endodôntico de dentes incisivos, caninos, pré-molares e molares	Consiste na remoção do material obturador do conduto radicular, preparo químico e mecânico quando indicado e seu preenchimento com material apropriado em dentes incisivos, caninos, pré-molares e molares.
IX - Tratamento endodôntico em dentes decíduos	Consiste em remover a polpa coronária e radicular e preencher a câmara e condutos com material obturador.
X – Tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta	Consiste No tratamento endodôntico específico com objetivo de fechamento do forame apical por um tecido duro mineralizado (apicificação e apicegênese).
XI – Tratamento de perfuração radicular	Consiste no tratamento medicamentoso para selamento de perfuração radicular, por via endodôntica.

Classificam-se como procedimentos de CIRURGIA:

I – Alveoloplastia	Consiste em corrigir cirurgicamente os alvéolos dentários após a realização de extrações múltiplas.
II – Apicectomia unirradicular	Consiste em remover cirurgicamente a zona

	patológica periapical, conservando o dente ou dentes que lhe deram origem, seguida da ressecção do ápice radicular em uma raiz.
III - Apicectomia birradicular	Consiste em remover cirurgicamente a zona patológica periapical, conservando o dente ou dentes que lhe deram origem, seguida da ressecção do ápice radicular em duas raízes.
IV – Apicectomia trirradicular	Consiste em remover cirurgicamente a zona patológica periapical, conservando o dente ou dentes que lhe deram origem, seguida da ressecção do ápice radicular em três raízes.
V – Apicectomia unirradicular com obturação retrógrada	Consiste em remover cirurgicamente a zona patológica periapical, conservando o dente ou dentes que lhe deram origem, seguida de ressecção do ápice radicular e ainda da obturação do forame apical em uma raiz.
VI – Apicectomia birradicular com obturação retrógrada	Consiste em remover cirurgicamente a zona patológica periapical, conservando o dente ou dentes que lhe deram origem, seguida de ressecção do ápice radicular e ainda da obturação do forame apical em duas raízes.
VII - Apicectomia trirradicular com obturação retrógrada	Consiste em remover cirurgicamente a zona patológica periapical, conservando o dente ou dentes que lhe deram origem, seguida de ressecção do ápice radicular e ainda da obturação do forame apical em três raízes.
VIII - Biópsia	Consiste em remover cirurgicamente um fragmento de tecido, mole e/ou duro alterado, para fins de exame

	anatomopatológico.
IX - Cirurgia de tórus unilateral	Consiste em remover cirurgicamente algumas formas de exostoses ósseas unilaterais, na região de mandíbula e/ou maxila.
X - Cirurgia de tórus bilateral	Consiste em remover cirurgicamente algumas formas de exostoses ósseas bilaterais, na região de mandíbula e/ou maxila.
XI - Correção de bridas musculares	Consiste em realizar incisão cirúrgica para correção do posicionamento da musculatura existente entre a mucosa da bochecha e a borda da gengiva.
XII - Excisão de mucocele	Consiste em remover cirurgicamente lesão dos tecidos moles (principalmente lábios), causada por retenção de saliva devido à obstrução de glândulas salivares.
XIII - Excisão de rânula	Consiste em remover cirurgicamente um tipo de cisto de retenção que ocorre especificamente no assoalho da boca, associado aos ductos da glândula submandibular ou sublingual.
XIV - Exodontia a retalho	Consiste em realizar extração dentária de dentes normalmente implantados que exijam a abertura cirúrgica da gengiva.
XV - Exodontia de raiz residual	Consiste em realizar extração dentária da

	porção radicular de dentes que já não possuem a coroa clínica.
XVI - Exodontia simples	Consiste em realizar extração dentária de dentes normalmente implantados.
XVII – Exodontia de dente decíduo	Consiste em realizar extração dentária de dentes decíduos.
XVIII - Redução cruenta (fratura alvéolo dentária)	Consiste em reduzir o alvéolo por meio de técnica cirúrgica com exposição dos fragmentos ósseos fraturados, com contenção por meio rígido (cirurgia aberta).
XIX - Redução incruenta (fratura alvéolo dentária)	Consiste em reduzir o alvéolo por meio de manobra bidigital, sem exposição dos fragmentos ósseos fraturados (cirurgia fechada).
XX – Frenectomia labial	Consiste em realizar ressecção cirúrgica da hipertrofia do tecido fibro-mucoso presente na base do lábio, denominado hipertrofia de freio labial.
XXI - Frenectomia lingual	Consiste em realizar ressecção cirúrgica da hipertrofia do tecido fibro-mucoso presente na base da língua, denominado hipertrofia de freio lingual.
XXII - Remoção de dentes retidos (inclusos ou impactados)	Consiste em remover dentes cuja parte coronária está coberta por mucosa ou quando a totalidade do dente encontra-se no interior da porção óssea.
XXIII - Sulcoplastia	Consiste em realizar uma incisão cirúrgica para refazer o sulco existente entre a mucosa

	interna do lábio e a gengiva com a finalidade de aumentar a área chapeável para próteses.
XXIV - Ulectomia	Consiste em remover cirurgicamente a porção superior de um processo hipertrófico muco-gengival que normalmente envolve dentes não erupcionados.
XXV - Ulotomia	Consiste em realizar incisão do capuz mucoso para que o dente permanente possa erupcionar.
XXVI – Hemisseção com ou sem amputação radicular	<p>Consiste em realizar a separação da estrutura dentária, mediante corte, tendo por finalidade:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- a manutenção da parte sadia e a remoção da parte comprometida;</li> <li>2- o tratamento da área periodontal afetada com a manutenção das estruturas dentárias seccionadas;</li> </ol> <p>pode ainda ser usada para facilitar a extração do elemento dentário.</p>



PROCEDIMENTOS ( Quantidade realizada )	Excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões / ferimentos de pele / anexos	<input type="checkbox"/>																											
	Exodontia de dente decíduo	<input type="checkbox"/>																											
	Exodontia de dente permanente	<input type="checkbox"/>																											
	Frenectomia	<input type="checkbox"/>																											
	Glossorrafia	<input type="checkbox"/>																											
	Instalação e adaptação de prótese dentária	<input type="checkbox"/>																											
	Moldagem dento-gengival p/ construção de prótese dentária	<input type="checkbox"/>																											
	Adaptação de prótese dentária	<input type="checkbox"/>																											
	Orientação de Higiene Bucal	<input type="checkbox"/>																											
	Profilaxia / remoção da placa bacteriana	<input type="checkbox"/>																											
	Pulpotomia dentária	<input type="checkbox"/>																											
	Radiografia Oclusal	<input type="checkbox"/>																											
	Radiografia Periapical / Interproximal	<input type="checkbox"/>																											
	Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)	<input type="checkbox"/>																											
	Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)	<input type="checkbox"/>																											
	Restauração de dente decíduo	<input type="checkbox"/>																											
	Restauração de dente permanente anterior	<input type="checkbox"/>																											
	Restauração de dente permanente posterior	<input type="checkbox"/>																											
	Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	<input type="checkbox"/>																											
	Selamento provisório de cavidade dentária	<input type="checkbox"/>																											
	Tratamento cirúrgico de hemorragia buco-dental	<input type="checkbox"/>																											
	Tratamento de alveolite	<input type="checkbox"/>																											
	Ulotomia / Ulectomia	<input type="checkbox"/>																											
	Outros (SIA)	<input type="checkbox"/>																											
		<input type="checkbox"/>																											
		<input type="checkbox"/>																											
	FORNECI-MENTO	Escova Dental	<input type="checkbox"/>																										
Creme Dental		<input type="checkbox"/>																											
Fio Dental		<input type="checkbox"/>																											
ENCAMINHAMENTO	Pacientes com necessidades especiais	<input type="checkbox"/>																											
	Cirurgia BMF	<input type="checkbox"/>																											
	Endodontia	<input type="checkbox"/>																											
	Estomatologia	<input type="checkbox"/>																											
	Implantodontia	<input type="checkbox"/>																											
	Odontopediatria	<input type="checkbox"/>																											
	Ortodontia / Ortopedia	<input type="checkbox"/>																											
	Periodontia	<input type="checkbox"/>																											
	Prótese Dentária	<input type="checkbox"/>																											
	Radiologia	<input type="checkbox"/>																											
	Outros	<input type="checkbox"/>																											
	Não se aplica (NA)	<input type="checkbox"/>																											

Fonte:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica : Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada : CDS – Versão 2.0 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 171 p. ISBN Versão Preliminar Modo de acesso: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>

## ANEXO Ficha PMA2-C

Relatório PMA2-C	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA				
MUNICÍPIO  _ _ _ _ _ _ _	SEGMENTO  _	UNIDADE  _ _ _ _ _ _ _	ÁREA  _ _	MÊS  _	ANO  _ _ _
RELATORIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO - COMPLEMENTAR					
ATIVIDADES/ PRODUÇÃO					
Tipos de Consulta Médica	Demanda Agendada				
	Demanda Imediata				
	Cuidado Continuado				
	Urgência com Observação				
Tipos de Atendimento do Médico e de Enfermeiro	Usuário de álcool				
	Usuário de drogas				
	Saúde Mental				
Tipos de Atendimento do Cirurgião Dentista	1ª Consulta Odontológica Programática				
	Escovação Dental Supervisionada				
	Tratamento Concluído				
	Urgência				
	Atendimento a gestantes				
	Instalações de próteses dentárias				
Encaminhamento da Saúde Bucal	Atenção Secundária em Saúde Bucal				
MARCADOR DE SAÚDE BUCAL					
Diagnóstico de alteração na mucosa					

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA COORDENAÇÃO-GERAL DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO Instrutivo do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB