



**CENTRO UNIVERSITÁRIO - UNIFAMETRO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

FELIPE AUGUSTO GUERREIRO SILVA MOUSINHO

INDICADORES DE SAÚDE BUCAL NAS REGIÕES DO BRASIL

FORTALEZA - CEARÁ

2021

FELIPE AUGUSTO GUERREIRO SILVA MOUSINHO

INDICADORES DE SAÚDE BUCAL NAS REGIÕES DO BRASIL

Esta monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Odontologia do Centro Universitário FAMETRO – UNIFAMETRO.

Orientador(a): Dra. Paula Ventura da Silveira

FORTALEZA – CEARÁ

2021

M932i Mousinho, Felipe Augusto Guerreiro Silva.
Indicadores de saúde bucal nas regiões do Brasil. / Felipe Augusto Guerreiro Silva
Mousinho. – Fortaleza, 2021.
41 f.; 30 cm.

Monografia - Curso de Graduação em Odontologia, Unifametro, Fortaleza, 2021.
Orientação: Prof.^a Dr.^a Paula Ventura da Silveira.

1. Saúde bucal. 2. Indicadores de saúde. 3. Odontologia - Brasil. I. Título.

CDD 617.6

FELIPE AUGUSTO GUERREIRO SILVA MOUSINHO

INDICADORES DE SAÚDE BUCAL NAS REGIÕES DO BRASIL

Monografia apresentada no dia 06 de dezembro de 2021 como requisito para a obtenção do grau de bacharel em Odontologia pelo Centro Universitário – UNIFAMETRO – tendo sido aprovado pela banca examinadora composta pelos professores abaixo:

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Paula Ventura da Silveira
Orientadora – Centro Universitário - UNIFAMETRO

Prof. M.e. Denis Bezerra de Araújo
Membro - Centro Universitário - UNIFAMETRO

Prof^a. M.^a. Francisca Jamila Ricarte Alexandrino
Membro - Centro Universitário - UNIFAMETRO

À memória de Valter Petronilio Silva Júnior,
meu pai, que dedicou sua vida a dar o
melhor para mim e meus irmãos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter-me dado forças para nunca desistir e continuar no meu grande sonho que sempre foi ser Cirurgião-Dentista.

Ao meu companheiro de todas as horas, grande amor e esposo, Matheus Mousinho de Oliveira Guerreiro, por me proporcionar condições financeiras para que eu apenas estudasse durante todos esses anos. Obrigado por ser o meu apoio e minha força quando nem eu mesmo acreditei em mim; pela compreensão de ter vivido alguns anos distante e abdicando de muitas coisas para que eu pudesse concluir o curso.

À minha mãe, Maria Célia Guerreiro Silva e ao meu pai, Valter Petronilio Silva Junior (in memoriam), por terem me criado com todo amor do mundo.

À minha avó, Elvira de Oliveira Silva (vovó Zizi), que sempre esteve presente, me apoiando, incentivando e me dando muito amor para que eu continuasse o meu caminho até aqui.

Aos meus irmãos Bruno Guerreiro, Marcos Guerreiro, Thiago Guerreiro e João Victor Silva, por me apoiarem e estarem sempre presentes quando eu precisei, mesmo que seja por uma frase de motivação.

Aos meus tios e tias que estiveram torcendo muito e sempre se sentiram felizes pelo meu sucesso.

À Adriele Dos Reis e Suzyanne Guedes, minhas cunhadas que também me deram muito apoio e incentivo durante o curso.

À minha querida cunhada, Sarah Mousinho de Oliveira, por ter-me dado suporte em Fortaleza na sua casa, para que eu pudesse escrever e me dedicar aos estudos e à monografia.

À minha amiga, Vanessa Oliveira Martins, que me dedicou um livro na alfabetização, me ajudou muito durante o processo de confecção do meu TCC e esteve sempre presente em todos os momentos de alegria e tristeza.

Aos amigos, Marcio Silva, Aline Melo e Rafael Melo (Rafinha), que são como uma família para mim, em Guaraciaba do Norte.

À dra. Mônica Diniz de Medeiros, que foi um anjo, quando me presenteou com todos os instrumentais que eu utilizei durando toda a faculdade e também à sua filha Marina.

À minha amiga, Cindy Lais Cavalcanti, por ter acompanhado todo processo de crescimento pessoal e incentivo durante o curso de odontologia.

À minha amiga, Cintia de Souza Rodrigues, que sempre me incentivou, esteve presente em todos os momentos da minha vida e me confiou em fazer o primeiro procedimento de clareamento na clínica da faculdade.

Aos meus amigos de ensino fundamental e médio, Kataline (kata), Daniel (Dan), Izalanne (Iza), Gillanna (Gil), Hermano e Alanielson (Alan) que sempre estão me incentivando e me apoiando.

À minha amiga, dra. Maila Carvalho Austregésilo, que também é coordenadora de saúde bucal do município de Guaraciaba do Norte-CE e me deu oportunidade de aprender muito com o estágio voluntário no período de férias no CEO municipal.

Ao dr. Clênio Carlos Santana Gomes, que me ensinou muito no período que estagiei como voluntário no CEO municipal de Guaraciaba do Norte-CE.

À minha instituição de ensino UNIFAMETRO, em nome do meu coordenador dr. Paulo André de Carvalho, que me acolheu e me ajudou muito durante esse período que fiquei na instituição.

Aos professores da UNIFAMETRO, em nome do professor dr. Pedro Diniz Rebouças, que ministrou a disciplina de TCC 2 e estava sempre disponível para ajudar e tirar dúvidas quando precisei.

Ao professor dr. Ivens Barreto Barroso, que me ensinou muito durante o período que estagiei na UAPS Guiomar Arruda.

Aos professores, dr. Denis Bezerra de Araújo e dra. Francisca Jamila Ricarte Alexandrino, que aceitaram o convite para participar da banca examinadora do meu TCC.

À minha querida professora e orientadora, dra. Paula Ventura da Silveira, que foi um anjo e muito paciente, me ajudou muito durante a confecção do meu TCC.

Por fim, gostaria de agradecer a todos que se sentiram felizes e me ajudaram de alguma forma a conquistar o tão sonhado diploma de bacharel em odontologia.

A vitalidade é demonstrada não apenas pela persistência, mas pela capacidade de começar de novo.

(F. Scott Fitzgerald)

RESUMO

Os indicadores de saúde servem de parâmetro para que os profissionais da área de saúde possam conhecer o seu território, o seu público e a relação dentro do contexto em que vivem. Este trabalho teve como objetivo realizar uma revisão de literatura integrativa analisando os indicadores de saúde bucal nas diversas regiões do Brasil. Para elaborar este estudo foi feita busca nas bases de dados SciELO e EbscoHOST, através de artigos que foram publicados no período de 2005 a 2021, em inglês e português, com os seguintes descritores: indicadores, saúde bucal e indicadores de saúde bucal. Após triagem dos artigos nas duas bases de dados, foram selecionados 12 artigos para analisar os indicadores de saúde nas regiões do Brasil. No período de 2005 a 2021, podemos observar diferentes resultados e, em sua grande maioria, relacionados a indicadores com foco na odontologia mutiladora. Entre os resultados, pode-se observar na discussão fatores importantes em comum entre os indicadores de saúde bucal e os diferentes municípios avaliados. A revisão de literatura tem intenção de melhorar a pesquisa e aprofundar os conhecimentos relacionados aos indicadores de saúde bucal no Brasil.

Palavras-chave: Indicadores, saúde bucal, indicadores de saúde bucal.

ABSTRACT

Health indicators serve as a parameter for health professionals to know their territory, their audience and the relationship within the context in which they live. This work aimed to carry out an integrative literature review analyzing oral health indicators in different regions of Brazil. To elaborate this study, a search was carried out in the SciELO and EbscoHOST databases, through articles that were published from 2005 to 2021, in English and Portuguese, with the following descriptors: indicators, oral health and oral health indicators. After screening the articles in the two databases, 12 articles were selected to analyze the health indicators in the regions of Brazil. In the period from 2005 to 2021, we can observe different results and, for the most part, related to indicators focused on mutilating dentistry. Among the results, it is possible to observe in the discussion important factors in common between the oral health indicators and the different cities evaluated. The literature review intends to improve the research and deepen the knowledge related to oral health indicators in Brazil.

Keywords: Indicators, oral health, oral health indicators.

LISTA DE TABELAS

Figura 1 – Fluxograma	30
Tabela 1 – Revisão de literatura de 2005 a 2021	31

LISTA DE ABREVIATURAS

MS	Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Previdência Médica da Previdência Social
PSF	Programa Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
APS	Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
TSB	Técnico em Saúde Bucal
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
SB	Saúde Bucal
CD	Cirurgião-Dentista

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVO	20
3	REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1	Saúde Bucal.....	21
3.2	Atenção Básica.....	23
3.3	Estratégia Saúde da Família.....	24
3.4	Indicadores em Saúde Bucal.....	27
4	METODOLOGIA	29
5	RESULTADOS.....	31
6	DISCUSSÃO	35
7	CONCLUSÃO	39
	REFERÊNCIAS.....	40

1 INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil, antes de 1988, atendia apenas a população que contribuía para a previdência social. Era, portanto, centralizada e tinha como único responsável o governo federal e sem a participação dos estados e dos municípios. Basicamente, os indivíduos eram divididos entre os que podiam pagar pelos serviços de saúde, os trabalhadores que contribuía com o Instituto Nacional de Previdência Médica da Previdência Social (INAMPS) e os indivíduos que não tinham direito à assistência de saúde, por sua vez, chamados de indigentes, que dependiam apenas de entidades filantrópicas e instituições de caridade. Este período foi marcado com a exclusão da maior parte da população do direito à saúde e o aumento de doenças como verminoses pela falta de saneamento básico. Essa situação passou a ser questionada por uma pequena parcela de pessoas e por alguns trabalhadores da saúde. Posteriormente, essa parcela de pessoas começou a debater sobre a saúde dos brasileiros dando início a um movimento chamado de reforma sanitária.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) deu início com um intenso movimento sanitário e na redemocratização que antecedeu a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, que lutava por direitos dos profissionais de saúde e saúde pública para todos. A CNS teve em sua 8ª edição, pela primeira vez, a participação da sociedade civil para compor o processo de construção de um novo modelo de saúde que viria a ser conhecido posteriormente como SUS. O surgimento do SUS foi considerado como o maior movimento de inclusão social já visto em toda a história do país e teve, com a sua criação, um compromisso do Estado para com os direitos da população e como um de seus princípios a universalização do acesso aos serviços de saúde e suas ações.

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988). Com a redemocratização e a criação da Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser um direito de todos e dever do Estado. A constituição determina ainda que a saúde deve ser gratuita, de qualidade e universal, ou seja, que seja acessível a todos os brasileiros em território nacional.

Considerado um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, o SUS foi regulamentado na lei 8.080, de 1990. O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde-SUS (BRASIL, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990).

Com a implantação do Sistema Único de Saúde, foram criados também os princípios doutrinários do SUS que são a Universalidade, Integralidade e Equidade. A universalidade significa que todos os indivíduos devem ser atendidos sem discriminação; a integralidade diz respeito ao atendimento do indivíduo como um todo, atendendo todas as suas necessidades; a equidade tem como objetivo diminuir a desigualdade dando mais a quem mais precisa.

Após a criação do SUS, o MS elegeu a atenção básica como a rede com maior poder para cuidar da saúde sendo escolhida como a base de todo o sistema. A Atenção Básica é conhecida como a porta de entrada dos usuários nos sistemas de saúde e tem por objetivo orientar sobre a promoção, prevenção de doenças e tratamento de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. (CAMPOS, 2018)

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), teve início no Ceará em 1987, para combater a seca que assolava o estado na época. O trabalho feito pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) contribuiu para que o Ministério da Saúde, em 1991, implantasse o PACS, contribuindo para o aumento de importantes números para a saúde no Brasil, obtendo impactos positivos para os indicadores de saúde.

Em 1994 o Programa Saúde da Família foi implantado no Ceará, mais precisamente nos municípios de Sobral e Quixadá. O Ministério da Saúde criou o PSF como proposta de política pública com a finalidade de reestruturar as ações em saúde da APS no Brasil (SOUSA, 2008). A necessidade de incluir outros profissionais ao PACS foi o que deu origem ao Programa Saúde da Família, como um modelo de política nacional de atenção básica. Os profissionais que foram incluídos no PSF passaram a fazer parte de uma estrutura que tem como base os

princípios do SUS, garantindo para a população uma assistência de saúde voltada para o perfil epidemiológico de cada região do Brasil, com foco na atenção primária.

Durante anos, no PSF, não existia equipe de saúde bucal, somente no ano de 2001 o Ministério da Saúde disponibilizou verba para que os estados e municípios pudessem incluir o cirurgião dentista no então Programa Saúde da Família e assim obter práticas voltadas para melhorias nas condições de saúde bucal dos brasileiros. Em 2006, o PSF deixou de ser um programa e passou a ser uma estratégia permanente e contínua, visto que os programas possuem um período de tempo para terminar, passando então a se chamar Estratégia Saúde da Família através da Portaria no 648, de 28 de março de 2006. A ESF conta com equipes multiprofissionais, envolvendo enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgiões dentistas, técnicos e auxiliares em saúde bucal e médicos.

Desde então, no Brasil, políticas públicas foram criadas com o objetivo de melhorar o acesso e a qualidade do Sistema Único de Saúde. O Ministério da Saúde vem então orientando os seus gestores a um planejamento e uma execução para que sejam avaliadas e monitoradas as ações de saúde no país, nos estados e municípios. Nesse ínterim, os indicadores de saúde servem de parâmetro para que os profissionais da área de saúde possam conhecer o seu território e o seu público e a relação dentro do contexto em que vivem. Os indicadores de saúde correspondem às formas de medir as condições de saúde. O indicador, como o próprio nome diz, aponta quais as causas de morte, de doença ou de agravo. (Branca, GTG, 2014).

Para entender os indicadores em saúde, precisa primeiro compreender a importância da epidemiologia dentro do contexto da saúde, pois assim serão entendidas as principais doenças e agravos que estão presentes em determinada localidade para que assim possam ser desenvolvidas ações adequadas para a prevenção e controle das doenças.

A utilização dos indicadores em saúde bucal na atenção básica é uma das ferramentas utilizadas para avaliar a assistência odontológica nos municípios. Estes indicadores constituem instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde bucal referentes à atenção básica. (BRASIL, 2008).

Diante disso, este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão de literatura integrativa analisando os indicadores de saúde bucal nas diversas regiões do Brasil

2 OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão de literatura integrativa analisando os indicadores de saúde bucal nas diversas regiões do Brasil.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Saúde Bucal

A inclusão da saúde bucal no sistema de saúde pública aconteceu de forma lenta e no início limitava-se a serviços básicos, principalmente voltados para serviços nas escolas. Entretanto, a expansão dos serviços odontológicos não promoveu melhorias nas condições de saúde bucal dos escolares, na medida em que acabaram por reproduzir a prática da odontologia de mercado (Silva AND, & Senna MAAD, 2013). A odontologia até os anos de 1990 tinha como a principal prática a exodontia em massa de dentes apodrecidos da população brasileira mais pobre, inspirada na odontologia flexneriana que defendia que as doenças bucais tinham causas unicamente biológicas e tinham como foco as ações curativas e reparadoras. Essa prática odontológica, também conhecida como odontologia de mercado, ainda exerce importante influência tanto no setor privado quanto nos serviços públicos de saúde bucal (Silva AND, & Senna MAAD, 2013). A necessidade do setor público brasileiro gerou uma mudança da odontologia de mercado para o surgimento de diversas odontologias que vieram ao longo dos anos, como a sanitária, preventiva, social, simplificada, integral e a saúde bucal coletiva.

A odontologia sanitária utilizou-se do sistema incremental para diagnosticar e tratar os problemas de saúde bucal da comunidade (Silva AND, & Senna MAAD, 2013). A odontologia sanitária tem um papel importante e é responsável pelo diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde bucal, que inclui os dentes e outras estruturas da boca, sendo de responsabilidade do dentista no campo de ação da comunidade. A odontologia sanitária tinha como objetivo uma prática odontológica que rompesse com a odontologia de mercado, porém as ações fracassaram ao longo dos anos e ficaram limitadas apenas as ações odontológicas escolares.

Após a odontologia sanitária, surgiu a odontologia preventiva e foi considerada como a filha da medicina preventiva. A força dessa nova odontologia fez com que as faculdades implementassem no seu currículo uma disciplina exclusiva para a odontologia preventiva no mundo e no Brasil. A prevenção garante

que dentro da odontologia ocorra um “mal maior” fazendo com que o dentista pratique a odontologia preventiva. Porém, a odontologia preventiva ficou limitada a prevenção de doenças, fazendo com que fosse esquecido os determinantes sociais na causa do processo de saúde-doença bucal.

A odontologia social surgiu para substituir a odontologia sanitária, porém não houve mudanças tão relevantes em relação a odontologia sanitária. A odontologia social e preventiva tinha como objetivo estruturar o sistema de prestação de serviços a comunidade e fazer com que os métodos preventivos pudessem ser colocados em prática. A odontologia social foi uma resposta a odontologia tradicional e teve como de que a saúde não é apenas um conceito de ausência da doença, mas sim como um conjunto de fatores sociais, biológicos e psicológicos

A odontologia simplificada surgiu como uma alternativa a odontologia científica, uma odontologia complementar que tinha como objetivo atender as classes sociais marginalizadas, tinha como finalidade a simplificação dos elementos da prática profissional no que se refere a materiais e equipamentos odontológicos, bem como recursos humanos dessa área. Esse tipo de odontologia sugeria a simplificação do uso de materiais e instrumentos para obter uma racionalização dos custos para que garantisse a ampliação da cobertura. Mas apesar de todos os esforços, e a fundamentação do discurso preventiva a odontologia simplificada tinha uma prática clínica do atendimento curativo.

Com a chegada de novas tecnologias surgiu a odontologia integral que tinha uma concepção de uma odontologia renovada. A odontologia integral tinha como objetivo a universalização da assistência odontológica, mas ficou limitada aos serviços odontológicos privados. Tanto a odontologia simplificada como a integral não chegaram a se consolidar, portanto a saúde bucal até então ficou centralizada a escolares.

Somente em 1986 quando aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Bucal foi que a saúde bucal foi colocada como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e que estava relacionada diretamente com as condições de alimentação, renda, trabalho, moradia, meio ambiente, lazer, transporte e acesso aos serviços de saúde. Com o avanço da institucionalização do SUS a saúde bucal

passou a ter novas práticas na odontologia. Com tudo, a Saúde Bucal Coletiva é uma estratégia em construção que tem como base os princípios do SUS e com foco na promoção da saúde e tem como o termo de saúde bucal no lugar de odontologia. Esse termo tem como uma ideia de que a saúde da boca não se resume apenas a cavidade oral e sim a um conjunto de condições socioeconômicas assim como também as condições biológicas. Portanto as ações de saúde bucal devem ser desenvolvidas além da prática clínica individual e limitada entre quatro paredes do consultório odontológico, tendo como objetivo também as ações dentro e fora da saúde.

3.2 Atenção Básica

Com a criação do SUS, as redes de atenção passaram a ser integradas e organizadas em redes de forma regionalizada e hierarquizada. A APS no Brasil pós 1990 se caracteriza pela instituição e expansão da saúde da família, pela via do antigo PSF – atualmente Estratégia de Saúde da Família (ESF) (Moyses, 2013). A saúde no Brasil passou a ser organizada em três grandes conjuntos que formam a atenção primária, atenção secundária (média complexidade) e atenção terciária (alta complexidade). A atenção básica ou atenção primária ao longo dos anos vem recebendo destaque no SUS com a intenção de descentralizar o sistema de saúde e com o apoio de grandes programas nacionais vem crescendo cada vez mais. A atenção primária tem como objetivo oferecer serviços de saúde básica de forma universal, coordenar e encaminhar para serviços mais complexos de cuidados, como também coordenar ações de promoção a saúde e prevenção de doenças.

A atenção primária à saúde (APS) é conhecida como a porta de entrada do SUS, é onde acontece o primeiro atendimento à população. O serviço funciona como um filtro para organizar os serviços de saúde dos mais simples ao mais complexo e abrange do individual ao coletivo, como prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, promoção e proteção da saúde. Para isso foi desenvolvido na atenção básica diversas estratégias de saúde, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa Saúde da Família. Esses programas foram implementados como uma estratégia para reestruturar o sistema e o modelo

assistencial do SUS. Esse trabalho vem sendo executado nas Unidades Básicas de Saúde que são de responsabilidade dos municípios através das Secretarias Municipais de Saúde.

As UBS são instaladas em locais perto onde as pessoas vivem, trabalham e estudam, garantem que a população tenha acesso a uma atenção à saúde de qualidade. A atenção primária é constituída pelas unidades básicas de saúde e as equipes de atenção básica. Garante o diagnóstico e tratamento completo, gratuito pelo SUS para doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis (Costa, 2019). Nas Unidades Básicas de Saúde são disponibilizados atendimentos básicos e gratuitos em pediatria, clínica geral, ginecologia, odontologia e enfermagem, onde são encontrados os principais serviços de consultas, vacinas, coletas de exames laboratoriais, tratamentos odontológicos encaminhamentos para unidades especializadas ou atenção secundária e serviços de farmácia e medicamentos. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a atenção primária também possui suas diretrizes e princípios que estão dispostos em: ter ligação sobre o mesmo território no qual está inserido; proporcionar acesso universal e continuado aos serviços de saúde; cadastrar os usuários e desenvolver ações de vínculo; organizar e coordenar a integralidade em diversos aspectos; incentivar os usuários a participação na construção do cuidado a saúde da população e da coletividade do território.

3.3 Estratégia Saúde da Família

Estratégia de Saúde da Família é considerada uma estratégia primordial para a organização e o fortalecimento da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (Moreira, 2018). O programa saúde da família teve início com a implantação do programa de agentes comunitários de saúde nas regiões Norte e Nordeste do país com o intuito de servir como uma ligação entre os serviços de saúde e a comunidade para diminuir as mortalidades infantil e materna.

Em dezembro de 1993, aconteceu em Brasília uma reunião sobre o tema saúde da família que discutia sobre o programa de agentes comunitários de saúde e a necessidade de agregar novos profissionais ao programa já existente para que os

agentes comunitários não trabalhassem isoladamente. Após o grande sucesso da experiência vivida no Nordeste do Brasil, o Ministério da Saúde lançou, em 1994, o programa saúde da família como uma política nacional da atenção básica. Após a implantação desse programa, o Brasil passou por um processo de reorientação no modelo assistencial obtendo reconhecimentos internacionais pelos resultados conquistados em curto período de tempo.

Em 2006 o PSF deixou de ser um programa e passou a se chamar de Estratégia Saúde da Família, que teve como objetivo transformar um programa, que tinha o intuito de ser algo com prazo para terminar, em uma estratégia permanente e contínua. A ESF vem reafirmar os princípios básicos do SUS com a universalização, descentralização, integralidade e a participação popular dentro da atenção primária dentro das Unidade de Saúde da Família com equipes de multiprofissionais que assume a responsabilidade por determinada região, onde desenvolve ações de prevenção, promoção a saúde e tratamentos. O PSF funciona por meio de equipes de saúde da família, compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde e, desde 2004, começou a incluir equipes de saúde bucal (Paim, 2011). A PNAB definiu que cada equipe de ESF deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição (Campos, 2018).

A ESF é definida por um conjunto de ações que vão além da assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, a partir do vínculo entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde que estão em contato direto com o território no qual estão inseridos. A estratégia prevê que o foco esteja centralizado na família, fazendo com que os profissionais inseridos dentro daquele ambiente percebam as condições de vida e saúde da população e tenha um entendimento melhor a cerca do processo saúde-doença e das necessidades de intervenções que vão além das práticas curativas.

Cada profissional tem a sua atribuição dentro da ESF. O enfermeiro, tem como função a chefia dos serviços de enfermagem, coordenar a atuação do técnico e do auxiliar de enfermagem atender a saúde da população cadastrada, realizar

consultas de enfermagem, procedimentos e atividades em grupo, solicitar exames complementares e encaminhar usuários a outros serviços.

O médico tem como função promover saúde, atuar na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, se responsabilizar e acompanhar o plano terapêutico dos usuários, atividades de consultas ou visitas domiciliares, atendimento de urgências de baixa e média complexidade, como também realizar um trabalho conjunto com o enfermeiro para realizar e fazer parte de atividades educativas para os membros da equipe.

O agente comunitário de saúde tem como função o papel de ser a ligação entre a equipe de ESF e a comunidade atuando no ambiente familiar e na área na qual os usuários estão inseridos, cadastrar e manter atualizado o cadastro dos usuários do território, orientar as famílias quanto aos serviços de saúde, acompanhar os usuários por meio de visitas domiciliares e promover ações educativas individuais e coletivas.

O técnico e o auxiliar de enfermagem devem realizar procedimentos regulamentados no exercício da sua profissão tanto na unidade de saúde como em outros espaços da comunidade.

O cirurgião dentista deve desenvolver junto com os demais membros da equipe atividades referentes a saúde bucal, deve haver ação conjunta com o técnico em saúde bucal, supervisão técnica de ASB e TSB, traçar um perfil epidemiológico da população para planejar e programar ações em saúde bucal para oferecer uma atenção individualizada e coletiva para prevenção de doenças bucais. Deve realizar procedimentos clínicos, atendimentos de urgências, cirurgias ambulatoriais, realizar atividades programadas, atenção a demanda espontânea e controle de insumos.

O técnico em saúde bucal deve acolher os pacientes nos serviços de saúde bucal, responsável pela manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos, remoção de biofilme, tomadas radiográficas de uso odontológicos, limpeza e antisepsia do campo operatório e medidas de biossegurança de produtos odontológicos

O auxiliar em saúde bucal tem como atribuição exercer procedimentos regulamentados da sua profissão, como também a limpeza, desinfecção e assepsia, esterilização de instrumentos e equipamentos odontológicos do consultório.

Percebe-se que todos esses profissionais devem ter o compromisso com o acesso, o vínculo entre usuários e profissionais e a continuidade do cuidado, trabalho complexo que só possível de ser executado por meio do cuidado colaborativo e compartilhado (Campos, 2018).

3.4 Indicadores em Saúde Bucal

O Ministério da Saúde definiu através do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, uma reformulação, em 2006 para o setor de saúde bucal dois principais indicadores que são, cobertura de primeira consulta odontológica programática e cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada, e outros dois indicadores complementares que são, média de procedimentos odontológicos básicos individuais e promoção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais. Esses indicadores fazem parte do instrumento nacional de monitoramento e da avaliação das ações de serviços da saúde bucal na atenção básica.

Os indicadores devem representar a necessidade individual de cada município e deve ser discutido junto a população e aos profissionais de saúde bucal a inclusão de outros indicadores para que haja uma melhoria no desempenho dos serviços a atenção básica e a situação de saúde da população do município.

A cobertura da primeira consulta odontológica programática é o percentual de pessoas que recebem a primeira consulta na unidade odontológica, onde haverá o diagnóstico e a elaboração de um plano preventivo e terapêutico para atender as necessidades daquele determinado paciente, porém, este indicador não inclui os atendimentos eventuais como os atendimentos de urgência e emergência, por não se tratar de um atendimento que necessite de um plano de tratamento a longo prazo.

A cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada é o indicador de percentual de pessoas que participam da ação coletiva de escovação dental supervisionada. Esta ação é feita obrigatoriamente com um grupo de pessoas e não as ações individuais que as atividades educativas são feitas dentro do consultório odontológico com uma única pessoa. O indicador corresponde ao

percentual de média de pessoas que obtiveram o acesso a orientação educativa de escovação dental com orientação de um profissional treinado, considerando o mês e o ano que foi realizada a atividade com o objetivo de prevenir doenças bucais, principalmente a cárie dentária e a doença periodontal.

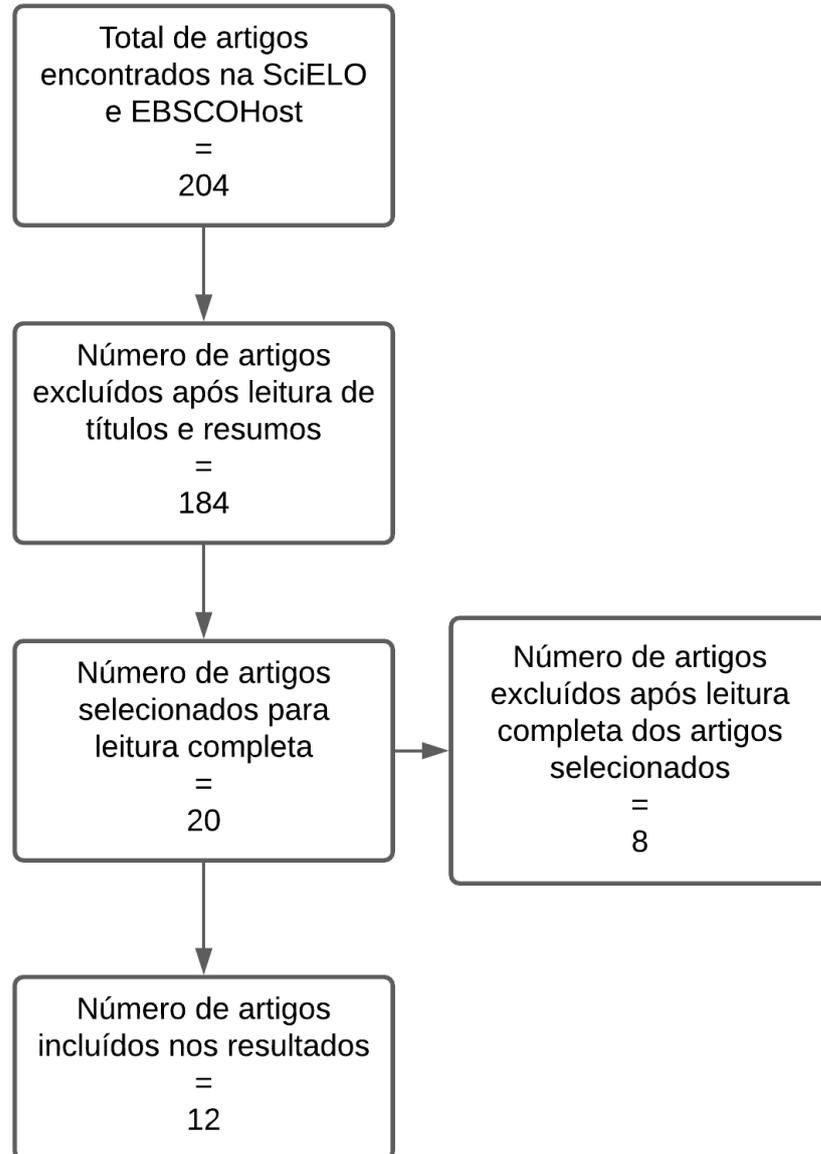
A média de procedimentos odontológicos básicos individuais é o indicador que tem como foco identificar o número médio de procedimentos odontológicos básicos clínicos e cirúrgicos realizados por pessoa, na população residente de um determinado local e período. Este dado vai possibilitar uma análise de forma comparativa com os dados epidemiológicos para que tenha uma estimativa a respeito dos serviços odontológicos básicos do SUS e se estão suprindo as necessidades básicas referente a assistência odontológica de uma determinada região.

A Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais é o indicador que compreende na quantidade de procedimentos odontológicos especializadas em relação as demais ações odontológicas realizadas no SUS. Este indicador proporciona uma análise comparativa com dados epidemiológicos para que tenha uma estimativa a respeito dos serviços odontológicos especializados, o grau de atenção e a integralidade do cuidado.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura integrativa em que foi realizada uma pesquisa de caráter exploratório, com apresentação de análises qualitativas e utilização das bases de dados SciELO e EBSCOHost, através dos descritores: “indicadores”, “saúde bucal”, “indicadores de saúde bucal”. Os critérios de inclusão para esta revisão foram: estudos publicados nos últimos dezesseis anos, no idioma português e inglês, disponíveis na íntegra e estudos que atendem à questão norteadora acerca dos indicadores de saúde bucal. Já os critérios de exclusão foram: dissertações, monografias e não pertinentes ao tema. Após buscas bibliográficas, gerou-se um total de 204 publicações EBSCOHost e SciELO, em que foi efetuada a leitura de títulos e resumos, sendo pré-selecionados 20 artigos. Assim, foi realizada a leitura dos artigos na íntegra e, com base nos critérios estabelecidos, excluíram-se oito e foram eleitos doze para compor esta monografia (Tabela 1).

Figura 1 – Fluxograma



5 RESULTADOS

Tabela 1 – Revisão de literatura de 2005 a 2021.

Nº	ANO	TÍTULO	OBJETIVO	RESULTADO
1	2005	Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais	Testar associações entre indicadores de atenção básica a saúde bucal e indicadores socioeconômicos e de provisão de serviços odontológicos.	Os indicadores de saúde bucal mostram que no estado de Santa Catarina os municípios com menor IDH faz uso da utilização dos serviços mais mutiladores (exodontias), são maiores que nos municípios com maior IDH. Esse quadro também revela piores condições epidemiológicas em municípios do estado com menor IDH e com os piores indicadores socioeconômicos. O artigo também indica que políticas de saúde bucal devem ser feitas em municípios do estado que possuem piores indicadores socioeconômico.
2	2010	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	Diferenças entre os municípios da Região Sul quanto aos indicadores de saúde bucal do pacto de atenção básica, indicadores socioeconômicos, de provisão de serviços odontológicos, fluoretação das águas e cobertura da saúde bucal na estratégia da saúde da família.	O artigo mostra resultados de que dentro dos estados da região sul, o estado do Paraná apresentou maior concentração de renda. Os estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina apresentam maior número de dentistas na população e maior número desses dentistas cadastrados no SUS. Observou-se que o indicador de exodontias e procedimentos odontológicos individuais na APS foram maiores quando o IDH foi menor, indicando que os municípios com menor condições socioeconômicas ainda oferecem serviços com características mutiladoras. Também foi evidenciado que menores índices de fluoretação da água está associado com menores condições socioeconômicas. O artigo mostra que o indicador de cobertura de primeira consulta odontológica obteve melhores resultados em estados com maior contratação de dentistas nas redes do SUS. O indicador de procedimentos coletivos obteve melhores resultados em municípios com maior IDH.
3	2012	Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro	Verificar se a incorporação da equipe de saúde bucal na ESF gerou impacto sobre indicadores de saúde bucal relativos à prevalência de agravos e sua respectiva	O artigo avaliou 8 indicadores em 12 municípios do Nordeste. Apenas três municípios tiveram impactos positivos em relação aos indicadores avaliados. Sendo feito uma análise de que a incorporação da saúde bucal no ESF ainda tem um fraco

		com mais de 100 mil habitantes	cobertura de tratamento, bem como ao acesso ao serviço público e às ações preventivas em saúde bucal.	desempenho, considerando o total dos 12 municípios avaliados. Isso mostra com preocupação os resultados avaliados no artigo tendo como parâmetro o fraco desempenho da SB na Estratégia Saúde da Família.
4	2012	Indicadores socioeconômicos e serviços odontológicos em uma região brasileira desfavorecida	Avaliar a associação entre proporção de exodontias, indicadores socioeconômicos e oferta de serviços odontológicos em uma região desfavorecida do Brasil.	O artigo mostra que o número dos indicadores de proporções maiores de exodontias foi maior em municípios com maior desigualdade social e distribuição de renda e menor em cobertura da ESF. O estudo também mostra que apesar de nem todos os municípios tivessem dentistas residindo, todos os municípios tinham profissionais cadastrados no serviço público.
5	2012	Pacto pela saúde no Brasil: uma análise descritiva da progressão dos indicadores de saúde bucal	O artigo tem como objetivo analisar a evolução temporal dos indicadores de SB inseridos no Pacto pela Saúde, dentro das cinco regiões do Brasil.	O artigo mostra um dado importante que fala sobre maiores investimentos na Região Nordeste por ter piores índices socioeconômicos e de saúde bucal, tendo assim um maior investimento nas equipes de saúde bucal. O artigo também mostra que o indicador de Número de Equipes de SB tem um baixo índice pela falta de iniciativa dos governos, falta de mão de obra qualificada para expansão da ESF. O indicador referente a média de ação coletiva de escovação dental supervisionada mostra que as regiões Sul, Sudeste e Nordeste foram as regiões com índices mais alto desse indicador. O indicador de número de equipes de SB no artigo mostra uma melhora significativa com o passar dos anos nas regiões do Brasil, tendo uma oscilação apenas no indicador de média de ação coletiva de escovação dental supervisionada.
6	2014	Determinantes sociais e saúde bucal de adultos nas capitais do Brasil	Investigar a correlação do índice determinantes sociais de saúde bucal de adultos nas capitais do Brasil, indicadores sociais, indicadores da Política Nacional de Saúde Bucal e indicadores de saúde bucal.	O artigo mostra que relacionado a iniquidade as regiões com melhor desempenho são as capitais do Sudeste e Sul, ficando o pior desempenho para a região Norte. As capitais com melhores índices de determinantes sociais, tem melhores indicadores de saúde bucal. O artigo também diz que o índice de determinantes sociais de saúde bucal tem correlação significativa com desfechos de saúde bucal de adultos das capitais brasileiras. Políticas equitativas devem priorizar ações voltadas aos determinantes sociais de saúde bucal.
7	2015	Percepção dos	O trabalho teve como	O artigo mostrou resultados de uma

		profissionais quanto à pertinência dos indicadores de saúde bucal em uma metrópole do Nordeste brasileiro	objetivo investigar a consciência dos profissionais quanto à pertinência dos indicadores em saúde bucal do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no município de Fortaleza.	entrevista com 137 cirurgiões-dentistas da ESF do município de Fortaleza. A pesquisa aborda a eficiência dos testes em analisar a experiência dos profissionais da SB da ESF. Os CD têm consciência da importância dos Indicadores de Desempenho e Monitoramento proposto pelo MS, porém consideram que no município de Fortaleza os equipamentos e serviços devem ser aprimorados pela gestão.
8	2016	Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade?	Avaliar associações entre as condições socioeconômicas de diferentes Unidades Federativas do Brasil com os indicadores de saúde bucal ocorrem em favor da equidade.	O artigo mostrou que nas Unidades Federativas do Brasil com maior IDH a utilização dos serviços de saúde pública é menor do que as Unidades Federativas com menor IDH, tendo sido feito uma análise baseada nos indicadores de saúde bucal. Entretanto, não há um reflexo nessa tendência pró-equidade quando se fala do indicador de uso de atendimento odontológico especializado. Tendo o uso maior em regiões com maior IDH do que nas regiões com menor IDH.
9	2018	Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017	O artigo tem como objetivo analisar a transformação na política nacional de saúde bucal brasileira entre o período de 2015-2017	O artigo apresenta uma redução na política de saúde bucal nos últimos anos com uma diminuição dos indicadores cobertura de primeira consulta odontológica programática e ação coletiva de escovação dental supervisionada. O estudo ainda aponta que apenas pouco mais da metade do Brasil possui ações curativas, sendo que em tese deveria ocorrer em todo o país. O artigo também mostrou que as regiões Sul e Sudeste apresentam melhores índices que as regiões Norte e Nordeste e que estão relacionadas com o desenvolvimento humano de cada região.
10	2018	Oral health indicators in the Interfederative Pacts of the Unified Health System: development in the 1998-2016 period	O objetivo do artigo é analisar os indicadores de saúde bucal e sua evolução no pacto interfederativo no Brasil entre 1999 e 2016.	Em 1998 o Pacto pelos Indicadores da Atenção Básica definiu apenas um indicador para orientar os gestores que foi a "Cobertura de procedimentos odontológicos preventivos na população de 0 a 14 anos" até 2001. Depois foi substituído por três indicadores em 2002 permanecendo até 2005 e apenas um deles em 2006. Entre 2007 e 2011 ocorreram alterações nos indicadores de saúde bucal. Em 2012 foi feito um novo pacto com a implantação de novos indicadores que visam garantir o acesso equitativo e oportuno da população a serviços de qualidade. Em 2016 excluiu todos os indicadores propostos anteriormente, e manteve apenas um:

				“Proporção de exodontias em relação aos procedimentos”.
11	2020	Indicadores de saúde bucal propostos pelo Ministério da Saúde para monitoramento e avaliação das ações no Sistema Único de Saúde: pesquisa documental, 2000-2017	Apresentar os indicadores de monitoramento e avaliação das ações de saúde bucal para a qualificação do SUS, propostos pelo Ministério da Saúde entre 2000 e 2017.	O artigo mostra diversos indicadores que qualificam a saúde bucal no SUS, sendo feito uma análise ao longo dos anos e foi identificado que o indicador de acesso a primeira consulta odontológica foi o mais frequente entre as revisões de literatura, outro indicador frequente foi a cobertura populacional estimada por equipes de SB na ESF. Indicador bastante presente também foi a proporção das exodontias em procedimentos odontológicos. O artigo também mostra a importância desses indicadores de saúde bucal para avaliar a SB do SUS no Brasil.
12	2021	Indicadores no contexto da Política Nacional de Saúde Bucal: uma revisão integrativa	O artigo tem como objetivo fazer uma síntese das produções científicas do uso de indicadores nas regiões do Brasil utilizados pela gestão em odontologia no contexto do SUS dos últimos 15 anos.	Os indicadores de saúde mais presentes na revisão de literatura são os indicadores de produtividade onde eles mostram a produtividade das equipes de saúde bucal, sendo feito uma análise sobre os serviços se eles são mutiladores, preventivos ou curativos. Outro indicador que apareceu bastante na revisão foi a cobertura de primeira consulta odontológica programática onde foi constatado que esse indicador vai depender da região e macrorregião brasileira, dos profissionais vinculados do SUS nos municípios e a cobertura da ESF.

6 DISCUSSÃO

Os resultados do estudo foram feitos através de pesquisa em base de dados da SCIELO e EBSCO.

Fernandes & Peres (2005) falam que as piores condições de saúde estão relacionadas aos municípios com um baixo índice de cobertura ao acesso à água fluoretada, fazendo com que a população tenha um aumento da incidência de cárie. A análise dos resultados também mostra que o índice de procedimentos com ações mutiladoras tem uma grande relação com o baixo IDH dos municípios. Isso significa que os municípios que têm alta desigualdade socioeconômica, alimentação precária, falta de saneamento básico e demais serviços, possuem características de perdas dentárias em maior quantidade em sua população.

Podemos observar em análise dos autores Fischer et al.(2010) que o indicador de maior cobertura de primeira consulta odontológica está ligada ao maior número de cirurgiões-dentistas contratados na rede do SUS. Isso mostra que quanto mais profissionais forem contratados pelos municípios, maior será a cobertura odontológica na população daquela localidade. Segundo Fischer et al.(2010), em municípios onde havia uma maior concentração de renda, existia uma maior proporção de exodontias e práticas mutiladoras. Ainda sobre o mesmo autor, ao analisar os resultados, podemos observar que, em municípios com maior cobertura do PSF, houve um aumento das exodontias, podendo ser justificado no início do programa por ter necessidades acumuladas durante os anos descobertos pelo serviço odontológico. Fischer et al.(2010) também mostra que o número elevado de exodontias entre os procedimentos individuais odontológicos está diretamente ligado ao baixo índice de desenvolvimento humano e grande proporção da população rural, mostrando que os municípios com baixa condições socioeconômicas ainda oferecem serviços mutiladores, podendo ser justificado também por se tratar de localidades com baixo acesso à água fluoretada e baixos indicadores epidemiológicos.

Em Pereira et al.(2012), podemos observar um baixo rendimento da equipe de saúde bucal na ESF e deve ser avaliado pelos gestores e estudiosos de saúde pública. De maneira geral, existem alguns pontos que devem ser levados em

consideração para que o estudo seja analisado de forma a entender estes resultados no artigo de Pereira, et al, como o acesso às ações preventivas individuais e avaliação do percentual de cobertura da ESF dos municípios com e sem equipes de saúde bucal. Pereira et al.(2012) ainda mostra que os municípios com as equipes de saúde bucal mais bem remuneradas e com mais horas disponíveis não se diferenciam dos outros com baixa remuneração e menos horas disponíveis no que se refere à prevenção, à promoção e às práticas mais mutiladoras.

Em Palmier et al.(2012) podemos observar que os agravos bucais estão ligadas às desigualdades sociodemográficas e à existência de uma iniquidade em relação à saúde bucal, ferindo assim um dos princípios do SUS. Palmier et al.(2012) mostra também que a proporção de exodontias realizadas está diretamente associada a desigualdade socioeconômica e à cobertura da rede na Estratégia Saúde da Família.

Bordin & Fadel(2012) ressalta que os baixos indicadores de saúde estão diretamente associados às piores condições de saúde de uma determinada população. Isso mostra o fato de algumas regiões do Brasil terem piores indicadores de saúde bucal, fazendo-se necessário maiores investimentos do governo para que seja cumprido um dos princípios do SUS que é a equidade.

Segundo Bueno et al.(2014), a saúde oral está ligada diretamente à saúde geral e algumas doenças têm a sua manifestação inicialmente na boca e, por isso, é importante observar o perfil epidemiológico e os determinantes sociais da população para obter um diagnóstico precoce da saúde bucal. No estudo de Bueno et al.(2014), pode ser evidenciado que as iniquidades são observadas entre as capitais do Brasil e divididas entre melhores e piores, sendo que os melhores desempenhos são observados nas regiões Sul e Sudeste e o pior desempenho foi observado em uma cidade da região Norte. Para Bueno et al.(2014) as iniquidades de renda e indicadores socioeconômicos estão ligados diretamente com o número de exodontias, mostrando que, nas regiões mais desiguais, as práticas mutiladoras são mais evidenciadas.

Em uma análise de Júnior et al.(2015) acerca da percepção dos CD de Fortaleza-CE, a respeito dos indicadores de saúde bucal, pôde-se observar que a

maioria dos cirurgiões-dentistas consideram uma importante ferramenta para o monitoramento do desempenho das Equipes de Saúde Bucal na população. Júnior et al.(2015) também mostra que existe uma dificuldade nas questões referentes a manutenção de equipamentos, insumos e baixa cobertura das equipes de saúde bucal. O resultado do artigo traz uma análise importante para que os atendimentos odontológicos aconteçam e assim colaborar com a melhoria dos indicadores de saúde bucal do município.

Para Fernandes et al.(2016) os indicadores de saúde bucal, em especial os indicadores relacionados ao acesso dos serviços odontológicos estão associados ao IDH. O estudo de Fernandes et al.(2016) também mostra uma tendência a favor da equidade no que se refere a indicadores de acesso à atenção básica, não sendo o mesmo no indicador de uso dos serviços especializados em relação às ações odontológicas individuais que é maior nos casos onde existe um maior índice de desenvolvimento humano.

Para Chaves et al.(2018), o modelo de serviços curativos e mutiladores ainda está presente na atenção básica, sendo que as regiões Sul e Sudeste vão ter melhores taxas relacionados às regiões Norte e Nordeste indicando que a organização dos serviços está diretamente ligada ao desenvolvimento humano das regiões.

Em França et al.(2018), indicadores de saúde bucal previstos nos Pactos Interfederativos editados ao longo dos anos, entre 1998 e 2016, revela uma redução desses indicadores, mantendo apenas um indicador em 2016 relacionado a ações mutiladoras. Para França et al.(2018), o estudo mostra períodos marcados por avanços e regressões, uma situação semelhante vista no início dos Pactos Interfederativos que se utilizava apenas um indicador para a área de saúde bucal.

No estudo de França et al.(2020), mostra vários indicadores para a qualificação da saúde no SUS, sendo a sua grande maioria identificado como indicadores de saúde bucal relacionados ao acesso e ao cuidado, sendo que poucos indicadores possuem a resolutividade e continuidade dos serviços propostos ao longo dos anos.

Segundo Leme & Seiffert(2021) os indicadores de procedimentos realizados têm como objetivo avaliar a taxa de procedimentos e do modelo de

atenção à saúde, para oferecer um serviço com mais integralidade e menos mutilador. Para Leme & Seiffert(2021), ainda é necessário uma implementação de indicadores, que monitore e avalie os efeitos da Política Nacional de Saúde Bucal.

7 CONCLUSÃO

Esta revisão de literatura integrativa tem limitações por fazer utilização de dados secundárias, como os artigos revisados. Podemos observar que, na grande maioria dos artigos discutidos neste trabalho, existe uma grande tendência à utilização de práticas mutiladoras como um dos indicadores mais presentes entre os principais achados entre os artigos. Há uma tendência também de práticas mutiladoras em regiões do Brasil que possuem um baixo Índice de Desenvolvimento Humano e socioeconômico. Foi observado que onde existem os piores indicadores de saúde bucal limita-se às regiões Norte e Nordeste, sugerindo os piores IDH, índices socioeconômicos e desigualdade de renda. Isso mostra que essas regiões devem ter maiores investimentos na área da saúde bucal, seguindo o princípio do SUS na equidade.

Um outro fato importante a ser destacado é que, com base nas informações revisadas, podemos ver também que a quantidade de Cirurgiões-Dentistas contratados pelo SUS está ligada diretamente à quantidade de pessoas atendidas em cada região, mostrando também a importância e a necessidade de aumentar a cobertura de CD nas regiões que mais necessitam. As dificuldades de equipamentos e insumos para o atendimento odontológico também é algo que deve ser levado em consideração para a melhoria dos indicadores em saúde bucal, visto que, sem manutenção dos equipamentos e os insumos necessários para atender a população, não há como atender e conseqüentemente melhorar os indicadores, principalmente o indicador que diz respeito ao número de procedimentos realizados no consultório.

Com base no estudo, também é possível concluir que, acima de tudo, existe uma dificuldade no monitoramento e no preenchimento das informações nos sistemas do SUS, bem como a falta de investimento por parte dos líderes do governo para as regiões mais necessitadas, assim como a contratação de equipes de saúde bucal e expansão do serviço de saúde na Atenção Primária em municípios com menor índice socioeconômico e desenvolvimento humano.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; PERES, Marco Aurélio. **Epidemiologia da Saúde Bucal**: Série Fundamentos de Odontologia, 2ª edição. Rio de Janeiro: Grupo Editorial Nacional, 2013.

BORDIN, Danielle; FADEL, Cristina Berger. Pacto pela saúde no Brasil: uma análise descritiva da progressão dos indicadores de saúde bucal. *Revista de Odontologia da UNESP*, v. 41, p. 305-311, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Lei 8142/90**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, dez. 1990

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Bucal**. Brasília, 2008

BUENO, Roberto Eduardo et al. Determinantes sociais e saúde bucal de adultos nas capitais do Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 36, p. 17-23, 2014.

CHAVES, Sônia Cristina Lima et al. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 76-91, 2018.

COLUSSI, Claudia Flemming; CALVO, Maria Cristina Marino. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, p. 1731-1745, 2011.

COSTA, Aline do Amaral Zils; HIGA, Camila Braga de Oliveira. **Vigilância em saúde**. São Paulo: Sagah Educação S.A., 2018.

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

FERNANDES, Liliane Simara; PERES, Marco Aurélio. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, p. 930-936, 2005.

FILHO, Naomar de Almeida; BARRETO, Mauricio L.. **Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações**. Rio de Janeiro: Grupo Editorial Nacional, 2011.

FISCHER, Tatiana Konrad 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 de Epidemiologia*, v. 13, p. 126-138, 2010.

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

FRANÇA, Mary Anne de Souza Alves et al. Oral health indicators in the Interfederative Pacts of the Unified Health System: development in the 1998-2016 period. *Revista de Odontologia da UNESP*, v. 47, p. 18-24, 2018.

FREITAS, Fernanda Natrieli de. **Promoção e Prevenção em Saúde Bucal**. São Paulo: Editora Saraiva, 2014

GALLEGUILLOS, Tatiana Gabriela Brassea. **Epidemiologia: Indicadores de Saúde e Análise de Dados**. São Paulo: Editora Saraiva, 2014.

LEME, Pedro Augusto Thiene; SEIFFERT, Otilia Maria Lúcia Barbosa. Indicadores no contexto da Política Nacional de Saúde Bucal: uma revisão integrativa. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, 2021.

LIMA, Keler Wertz Schender de; ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; SILVA, Zilda Pereira da. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 24, p. 61-71, 2015.

MENDES, Francisco Ivan Rodrigues; BANDEIRA, Mary Anne Medeiros; TAJRA, Fábio Solon. Percepção dos profissionais quanto à pertinência dos indicadores de saúde bucal em uma metrópole do Nordeste brasileiro. *Saúde em Debate*, v. 39, p. 147-158, 2015.

MOREIRA, Taís de Campos *et al.* **Saúde Coletiva**. São Paulo: Sagah Educação S.A., 2018.

MOYSÉS, Samuel Jorge *et al.* **Saúde coletiva: políticas, epidemiologia da saúde bucal e redes de atenção odontológica**. São Paulo: Editora Artes Médicas Ltda., 2013.

OLIVEIRA, PMC *et al.* Indicadores de Saúde Bucal da Atenção Básica no Estado do Ceará: Análise Crítica. *Cadernos ESP, Ceará* 5(1): 29-36, jan./jun. 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: Contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

PALMIER, Andréa Clemente et al. Indicadores socioeconômicos e serviços odontológicos em uma região brasileira desfavorecida. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 32, p. 22-29, 2012.

PEREIRA, Antonio Carlos *et al.* **Saúde Coletiva**: métodos preventivos para doenças bucais. São Paulo: Editora Artes Médicas Ltda., 2013

PEREIRA, Carmen Regina dos Santos et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, p. 449-462, 2012.

PINTO, Vitor Gomes. **Saúde Bucal Coletiva**, 7ª edição. Rio de Janeiro: Grupo Editorial Nacional, 2019.

SILVA, Andréa Neiva da; SENNA Marcos Antônio Albuquerque de. **Fundamentos em Saúde Bucal Coletiva**. Rio de Janeiro: Editora Científica Ltda., 2013