

ANÁLISE DE INDICADORES DE SAÚDE BUCAL DO PMAQ-AB NOS ESTADOS BRASILEIROS E DISTRITO FEDERAL

Data de aceite: 03/07/2023

Bruno Dutra de Aguiar

Universidade Federal do Maranhão,
Departamento de Odontologia, São Luís,
MA, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2422151733298461>

Francenilde Silva de Sousa

Universidade Federal do Maranhão,
Departamento de Saúde Pública, São
Luís, MA, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-0681-7620>

Rejane Cristine de Sousa Queiroz

Universidade Federal do Maranhão,
Programa de Pós-graduação em Saúde
Coletiva, São Luís, MA, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-4019-2011>

Aline Sampieri Tonello

Universidade Federal do Maranhão,
Departamento de Saúde Pública, São
Luís, MA, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-8402-9112>

Judith Rafaelle Oliveira Pinho

Universidade Federal do Maranhão,
Programa de Pós-graduação em Saúde
Coletiva, São Luís, MA, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-8857-8138>

o de analisar os indicadores pactuados para monitorar acesso e continuidade do cuidado, resolubilidade e abrangência de oferta de serviços de saúde bucal em todos os estados brasileiros e Distrito Federal, no ano de 2016, e correlacionar com indicadores sociais. Para atingir ao objetivo foi realizado um estudo ecológico cujas unidades de análises foram os estados brasileiros e o Distrito Federal. Foram coletados dados do Sistema de Informação sobre a Atenção Básica (SISAB) e submetidos a análise estatística descritiva e inferencial para verificação de medidas de tendência central, de dispersão e do coeficiente de correlação de Pearson (R) no programa Stata12®. Foi notado que o indicador razão de tratamento concluído e primeira consulta odontológica programática correlacionou-se positivamente com o Índice de Desenvolvimento Humano (R=0,701 p-valor <0,001) e negativamente com a cobertura de equipes de Saúde Bucal (R=-0,388 p-valor = 0,045). A região Nordeste foi a que apresentou menor proporção de oferta de serviços de saúde bucal. A avaliação dos serviços ofertados na Atenção Primária à Saúde é imprescindível para que os gestores e profissionais de saúde busquem estratégias e tomem

RESUMO: O objetivo deste estudo foi

decisões que aprimorem a saúde bucal, considerando as particularidades das unidades federativas do Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Bucal. Atenção Básica. Indicadores Básicos de Saúde.

ANALYSIS OF ORAL HEALTH INDICATORS OF PMAQ-AB IN BRAZILIAN STATES AND FEDERAL DISTRICT

ABSTRACT: The objective of this study was to analyze the agreed indicators to monitor access and continuity of care, resolvability and scope of oral health services in all Brazilian states and the Federal District, in 2016, and correlate with social indicators. To achieve the objective, an ecological study was carried out whose units of analyzes were the Brazilian states and the Federal District. Data were collected from the Primary Care Information System (SISAB) and submitted to descriptive and inferential statistical analysis to verify measures of central tendency, dispersion and Pearson's correlation coefficient (R) in the Stata12® program. It was noted that the ratio of completed treatment and first scheduled dental appointment was positively correlated with the Human Development Index ($R=0.701$ p-value <0.001) and negatively correlated with the coverage of Oral Health teams ($R=-0.388$ p-value = 0.045). The Northeast region was the one with the lowest proportion of oral health services offered. The evaluation of the services offered in Primary Health Care is essential for managers and health professionals to seek strategies and make decisions that improve oral health, considering the particularities of the federative units of Brazil.

KEYWORDS: Oral Health. Primary Health Care. Health Status Indicators

INTRODUÇÃO

Dentre os principais desafios para efetivar as práticas de saúde, no sistema público de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), está a ampliação e qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS). A APS tem sido construída a partir de políticas de saúde desde 2006, com a Portaria MS/GM nº 648, atualizada em 2011 pela Portaria MS/GM nº 2.488, e atualmente regulamentada pela Portaria MS/GM nº 2.436/2017²⁻⁴.

Uma das principais medidas do Ministério da Saúde (MS) para melhoria da APS é a Estratégia Saúde da Família (ESF), institucionalizada em 1994, ainda como programa, com o objetivo de reorientar o modelo assistencial vigente, transmutando a forma da prestação de assistência à saúde que organizava a atenção básica. Contudo, a odontologia não se encontrava inserida nessa nova proposta^{2,5}.

Entre avanços direcionados à saúde bucal, houve a criação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) pelo Ministério da Saúde, em 2004. Foram, então, apresentadas diretrizes para reorganização da saúde bucal em todos os níveis de atenção, preconizando a promoção de melhorias e universalização do acesso, humanização do cuidado odontológico, promoção de saúde, entre outros. As principais linhas de ação dessa política envolvem: implantação da equipe de saúde bucal (eSB) na ESF; ampliação e qualificação da atenção especializada, por meio da implantação do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)

e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD); e fluoretação das águas de abastecimento público⁶.

Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) com objetivo de avaliar os serviços ofertados na AB, incluindo os da saúde bucal. Esse programa envolveu gestores federais, estaduais e municipais, equipes de saúde da APS e os usuários, incentivando melhorias na qualidade de serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território⁷.

As políticas e os programas relacionados à saúde bucal obtiveram resultados positivos no que diz respeito às estratégias de intervenções para promover melhoria na oferta e organização dos serviços de saúde com priorização de cuidados referentes à prevenção de saúde. Isso pode ser embasado pelo estudo realizado por Lemon et al.⁸, onde foi notada uma diminuição da proporção de exodontia em relação aos procedimentos individuais em uma população indígena, e por Chaves⁹, resultando na redução de indicadores de cárie dentária no Brasil.

Contudo, existem evidências que apontam problemas nos serviços de saúde bucal relacionados ao agendamento de consultas¹⁰⁻¹² e garantia na continuidade de tratamento¹¹. Nesse contexto, e por meio de uma pactuação entre o Ministério da Saúde e Governos Estaduais e Municipais, foram definidos 32 indicadores (indicadores PMAQ) para o acompanhamento e avaliação periódica da Atenção Básica, a serem monitorados no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB), com a finalidade de gestão da informação, automação dos processos, melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho para subsidiar a tomada de decisão de gestores no apoio à melhoria dos serviços de saúde ofertados pela AB^{13,14}.

Ainda após anos da implantação de tais políticas, pouco se sabe sobre a situação dos estados com relação a esses indicadores que foram pactuados para saúde bucal. Assim, o objetivo deste estudo é analisar os indicadores pactuados para monitorar acesso e continuidade do cuidado, resolubilidade e abrangência de oferta de serviços de saúde bucal em todos os estados brasileiros e Distrito Federal no ano de 2016 e correlacionar com indicadores sociais.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo ecológico cujas unidades de análise foram as unidades federativas do Brasil e o Distrito Federal. Os dados referentes aos indicadores PMAQ-AB foram coletados do SISAB e exportados para planilha do programa Excel® para consolidação de dados por unidade federativa.

Os indicadores estudados foram: cobertura de primeira consulta odontológica programática (COP), razão entre tratamentos concluídos e consulta odontológica programática (RTC), o percentual de serviços ofertados pela eSB (%serv_ofert), Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), índice de Gini (Gini) e o percentual de cobertura populacional das eSB (%CP_ESB).

O indicador COP está na categoria de indicadores de acesso e continuidade do

cuidado, refletindo o acesso da população aos serviços odontológicos para assistência individual no âmbito do SUS, refletindo a intenção da equipe de dar seguimento ao plano de cuidados para atender as necessidades detectadas. Ou seja, não se refere a atendimentos eventuais como os de urgência que não tem seguimento previsto^{14,15}.

O indicador de resolubilidade é a razão entre RTC e COP e o resultado expressado por essa relação permite avaliar em que medida a equipe está concluindo os tratamentos iniciados^{14,15}. O indicador %serv_ofert para a população na AB expressa a abrangência da oferta de serviços¹⁴.

No tocante às ações de saúde bucal na AB, diversos serviços devem estar disponíveis aos usuários de modo a favorecer a integralidade do cuidado. Considerando a situação de SB atual, foi elencado um rol de serviços e ações de saúde considerados importantes para serem ofertados na Atenção Básica, mostrados no quadro abaixo (Quadro 1)¹⁵.

1	Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel
2	Ação coletiva de escovação dental supervisionada
3	Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica
4	Acesso à polpa dentaria e medicação (por dente)
5	Assistência domiciliar por equipe multiprofissional
6	Atendimento a gestante
7	Atendimento de urgência
8	Avaliação dos itens de vigilância em saúde bucal
9	Consulta agendada
10	Consulta de conclusão do tratamento em odontologia
11	Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico
12	Exodontia de dente decíduo
13	Exodontia de dente permanente
14	Orientação de higiene bucal
15	Primeira consulta odontológica programática
16	Profilaxia/ remoção de placa bacteriana
17	Pulpotomia dentária
18	Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)
19	Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)
20	Restauração de dente decíduo
21	Restauração de dente permanente anterior
22	Restauração de dente permanente posterior
23	Selamento provisório de cavidade dentária
24	Tratamento de alveolite
25	Ulotomia/ulectomia

Quadro 1. Ações e serviços a serem realizados pela equipe de Saúde Bucal

Fonte: Manual Instrutivo 3 ciclo PMAQ¹⁵

Os dados referentes ao IDH e índice de Gini foram obtidos do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento¹⁶ e os dados de cobertura populacional das equipes de saúde bucal do histórico de cobertura populacional da saúde da família (Secretaria de Atenção Básica – Ministério da Saúde)¹⁷. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um indicador socioeconômico constituído de três pilares - educação, saúde e renda - dos quais são mensurados de acordo com o grau de acesso ao conhecimento, expectativa de vida e padrão de vida¹⁸, remetendo as desigualdades dentro dos estratos sociais¹⁹.

O %CP_ESB representa a proporção da população da unidade federada atendida por equipes de Saúde Bucal. O método de cálculo desse indicador é construído pelo numerador correspondente pelo número de eSB implantadas multiplicado por 3.000 e por 100 pelo denominador correspondente à população residente²⁰.

A forma de cálculo para os indicadores de saúde bucal foi estabelecida no Manual Instrutivo do PMAQ¹⁵, os dados são disponibilizados no SISAB por produção de cada equipe por mês. Desse modo, foi consolidado toda produção informada por todas as equipes para o ano de 2016. Esse ano foi o escolhido por ser o primeiro ano possível a ser consolidado informações no SISAB e os dados dos anos subsequentes ainda não se encontravam disponível para consolidação.

O indicador COP foi calculado a partir da soma da quantidade de todas as primeiras consultas odontológicas programáticas informada pelas equipes de saúde bucal em determinado estado dividindo pelo total de cadastros individuais vinculados à equipe (de janeiro a dezembro de 2016), multiplicando por 100, resultando em um indicador anual. O indicador RTC foi obtido pela soma do total de tratamentos concluídos dividido pelo total de primeiras consultas odontológicas programáticas, do mês de janeiro ao mês de dezembro, do ano de 2016. O parâmetro para esse indicador é de 0,5 – 1,0 por mês, no entanto optou-se por manter valores anuais.

Para obter-se o indicador percentual de serviços ofertados em SB foi calculada a média de serviços ofertadas por cada equipe de janeiro a dezembro de 2016 e dividido pela constante = 25 (total de serviços a serem ofertados pelas equipes de saúde bucal na AB, conforme quadro 1). O parâmetro para esse indicador é 70%. O percentual de cobertura da população (%CP_ESB) por equipes de saúde bucal foi obtido após levantamento da quantidade de equipes implantadas em cada estado no último mês do ano em questão (uma vez que esse valor não é cumulativo entre os meses).

Os dados foram analisados no programa Stata12® para cálculo de coeficiente de correlação de Pearson (R). Para cálculo do consolidado de indicadores foi utilizado o programa Excel® e em seguida consolidados em indicadores estaduais conforme orientações de cálculo do Manual Instrutivo para as Equipes de Saúde Bucal, do 3º Ciclo do PMAQ²¹.

O banco de dados deste trabalho contém informações coletadas do SISAB que é de caráter público²², portanto, de acordo com a Resolução nº 510 do Conselho Nacional

de Saúde, esse estudo tem dispensa de registro e avaliação pelo sistema CEP/CONEP (Comitê de ética em Pesquisa/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa)²³.

RESULTADOS

Em relação ao indicador COP apenas as regiões nordeste e sul conseguiram atingir o parâmetro estabelecido com todos os seus respectivos estados, que é de 1,25% por mês. O estado do Rio de Janeiro é o que apresenta maior percentual, sendo 5,33%. As regiões com melhor desempenho de acordo com o indicador RTC são as regiões Centro-Oeste e Sudeste, com todos os seus estados atingindo o parâmetro estabelecido de 0,5 – 1,0 por mês. O Rio de Janeiro também tem o melhor indicador (1,30 tratamento concluído por mês). Quando se trata de %Serv_Ofert, verifica-se que nenhuma das regiões atingiu o parâmetro de 70% preconizado pelo Ministério da Saúde (Tabela 1).

Regiões	UF ¹	%COP ²	RTC ³	%serv_ofert ⁴	IDH	GINI	%CP_ESB ⁵
Norte	AC	1,67	0,63	45,1	0,710	0,639	32,95
	AM	2,9	0,35	44,8	0,703	0,666	24,05
	AP	0,9	0,36	38,4	0,719	0,616	24,05
	PA	1,7	0,28	45,1	0,682	0,626	16,98
	RO	1,9	0,39	46,8	0,708	0,569	19,37
	RR	0,3	0,24	36,2	0,743	0,640	19,59
	TO	1,4	0,56	51,2	0,732	0,610	50,22
Nordeste	AL	1,76	0,25	48,4	0,663	0,634	41,13
	BA	1,45	0,33	47,4	0,698	0,666	29,60
	CE	1,58	0,35	49,2	0,715	0,619	36,93
	MA	1,71	0,25	43,1	0,677	0,629	36,52
	PB	1,35	0,28	45,2	0,709	0,614	66,42
	PE	1,85	0,25	47,3	0,710	0,637	34,76
	PI	1,66	0,43	46,9	0,675	0,619	74,54
	RN	1,53	0,33	50,0	0,725	0,607	59,04
	SE	1,39	0,35	45,1	0,681	0,629	38,66
Centro – Oeste	GO	1,2	0,58	43,8	0,756	0,559	29,83
	DF	1,6	0,87	50,8	0,839	0,637	6,65
	MS	1,7	0,58	52,5	0,756	0,565	40,80
	MT	1,3	0,51	50,0	0,763	0,565	28,05
Sudeste	MG	1,38	0,68	52,8	0,769	0,563	28,99
	RJ	5,33	1,30	44,7	0,779	0,612	13,79
	ES	1,24	0,63	55,1	0,777	0,572	22,69
	SP	1,22	0,64	50,2	0,819	0,577	10,65

Sul	PR	1,27	0,46	41,9	0,790	0,542	23,92
	RS	1,98	0,60	49,3	0,778	0,547	17,18
	SC	1,76	0,73	47,1	0,816	0,494	30,77

¹ Unidades Federativas

² Cobertura de primeira consulta odontológica programática

³ Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas

⁴ Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal

⁵ Percentual da cobertura populacional pela Equipe de Saúde Bucal

Tabela 1. Indicadores de saúde bucal e socioeconômicos. Brasil, 2016

Também foi observado correlação forte e positiva entre as variáveis RTC e IDH com ($R = 0,701$; $p < 0,001$) e correlação negativa entre RTC e %CP_ESB ($R = -0,388$; $p = 0,045$) (Tabela 2).

Indicador	IDH		GINI		%CP_ESB ⁴	
	R	P-valor	R	P-valor	R	P-valor
%COP ¹	0,041	0,836	0,096	0,631	- 0,165	0,408
RTC ²	0,701	<0,001	- 0,364	0,061	- 0,388	0,045
%Serv_ofert ³	0,285	0,148	- 0,271	0,170	0,094	0,639

¹Cobertura de primeira consulta odontológica programática

²Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas

³Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal

⁴Percentual da cobertura populacional pela Equipe de Saúde Bucal

Tabela 2: Correlação de Person entre indicadores de saúde bucal e socioeconômicos por equipes de Saúde Bucal. Brasil, 2016

Fonte: elaborado pelos autores, 2018

Para visualizar de forma mais geral como o indicador relacionado à resolubilidade realizou-se a distribuição espacial do alcance da RTC nos estados de Distrito Federal conforme mostra a figura 1 (Figura 1).

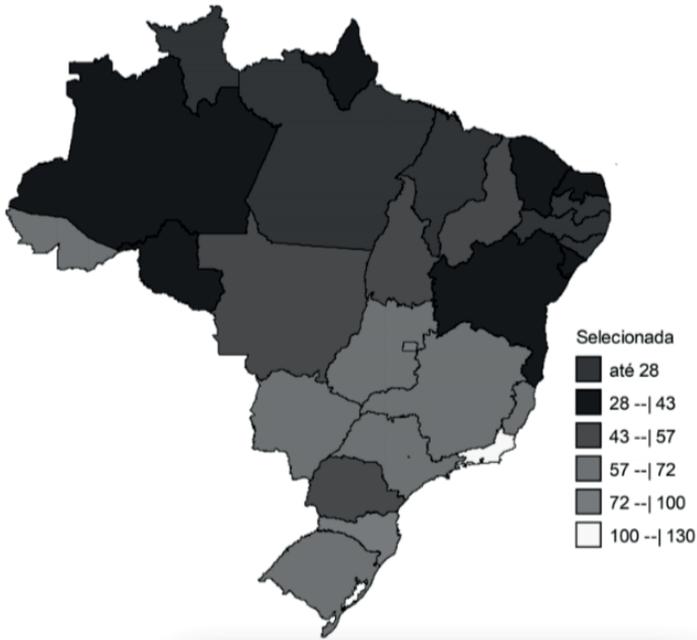


Figura 1. Distribuição espacial do indicador RTC e COP nas unidades federativas. Brasil, 2016

Fonte: elaborado pelos autores, 2018

É importante ressaltar que quando comparamos o alcance dos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde no 3º ciclo do PMAQ, somente o estado do Rio de Janeiro obteve resultados satisfatórios conforme podemos observar nas figuras abaixo (Figura 2 e Figura 3).

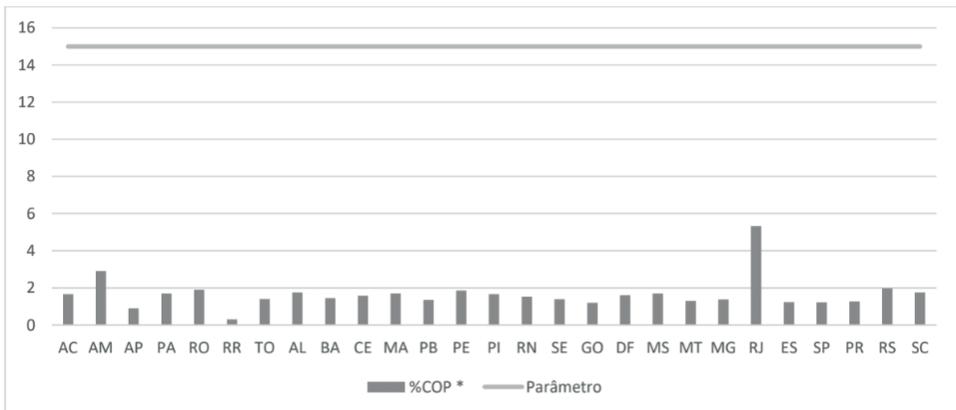


Figura 2. Alcance do parâmetro do indicador COP por estados brasileiros. Brasil, 2016

Fonte: elaborado pelos autores, 2018

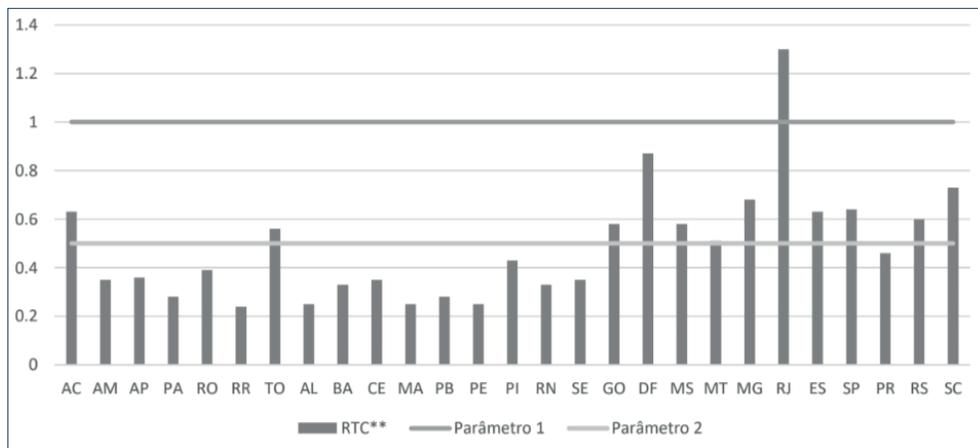


Figura 3. Alcance dos parâmetros mínimo e máximo do RTC. Brasil, 2016. Fonte: elaborado pelos autores, 2018

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo demonstram uma inversão na relação entre a proporção de cobertura de equipes de saúde bucal e a razão de tratamentos concluídos ($R=-0,388$ p-valor = 0,045) e uma relação diretamente proporcional entre a IDH e RTC ($R=0,701$ p-valor <0,001).

Isso pode ser compreendido a partir dos achados em um estudo que analisou a configuração da cobertura de saúde bucal brasileira e o acesso da população ao serviço público odontológico. Foi observado que o aumento na quantidade de eSB não é suficiente para garantia do acesso aos serviços odontológicos²⁴, sugerindo que a adesão e acesso ao tratamento odontológico são pontos influenciados por fatores sociais e econômicos, por fatores relacionados ao paciente, pela equipe ou sistema de saúde, características e terapias relacionadas à doença¹⁵.

Neste estudo, nenhum dos estados alcançou o parâmetro para o COP, o que pode ser justificado por: a inclusão do novo sistema e-SUS e sua complexidade de uso pelos profissionais²⁵; a relação com o denominador do cálculo do indicador como, por exemplo, os atendimentos realizados em pessoas não residentes, as quais não estão consideradas na população utilizada no denominador¹⁵; a baixa cobertura populacional pelas equipes de saúde bucal, além da dificuldade nas relações de trabalho e no planejamento da gestão para organização tanto da oferta quando da adesão dos usuários do SUS às consultas programadas²⁶. Um estudo que avaliou a correlação entre o indicador COP nos anos 2000 e 2010 obteve como resultado uma correlação negativa com o IDH²⁷ para ambos os anos, resultado diferente ao encontrado nesse estudo. Uma das possibilidades para essa mudança pode estar relacionada a formação contínua dos profissionais da AB na coleta e no registro dos dados no e-SUS AB¹⁵.

Sobre o RTC, apenas o estado do Rio de Janeiro teve esse indicador acima de 1,0, sugerindo que há mais tratamentos sendo concluídos sem que novos tratamentos sejam iniciados. A maioria dos estados que tiveram valores entre 0,5 e 1,0 estão nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul. Nenhum estado da região Nordeste atingiu o parâmetro mínimo. Essa diferença pode ser justificada pelo fato de as regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste proporcionarem melhores condições de vida para sua população, que são o reflexo de políticas públicas, dentre elas as de saúde, menos excludentes e mais integradas²⁸, corroborando os resultados da análise de correlação apresentados nesse estudo.

O parâmetro preconizado pelo Ministério da Saúde é que as equipes ofertem no mínimo 70% de serviços de saúde bucal para a população do total de serviços esperados¹⁵, no entanto, nenhum dos estados analisados conseguiu atingir esse parâmetro. O Espírito Santo foi o estado que mais se destacou dentre os demais, ofertando 55,1% do total de serviços esperados.

Nesse estudo não foi encontrada correlação entre o a proporção de serviços ofertados e indicadores sociais (IDH, Gini), no entanto, nenhum dos estados que estão localizados na região Nordeste ofertaram, em seu consolidado, mais de 50% de serviços de saúde bucal no ano de 2016. Os resultados desse indicador expressam algumas possibilidades como: não registro de atendimento/procedimentos e/ou condições inadequadas de atendimento nas UBS (espaço físico, equipamentos, medicamentos e outros insumos) que dificultam a realização dos procedimentos ofertados pelo SUS¹⁵.

A proporção de serviços ofertados pode afetar diretamente os resultados do indicador RTC, uma vez que a conclusão de um tratamento também depende da oferta de equipamentos e insumos. Isso poderia ser base para compreensão da inversão já relatada na literatura que se nota alguns estados da região Nordeste que apresentam maior cobertura de eSB, no entanto os indicadores de acesso e resolubilidade não seguem a mesma tendência^{24,27}.

Os resultados apresentados neste estudo ainda são incipientes para apontar mudanças na saúde bucal da população brasileira. Entretanto, sugerem que a simples ampliação de eSB, sem a estrutura adequada de funcionamento ou profissionais qualificados para atuar nesse âmbito de atenção, não é garantia da melhoria de indicadores. Há necessidade de um monitoramento de condições locais em cada um dos estados para compreender melhor a dinâmica que influencia até a informação ao SISAB para propor ações mais efetivas para saúde bucal.

Um fator limitante deste estudo é a possibilidade de subnotificação, devido ao uso do SIS-AB, o que poderia resultar em indicadores distantes do que acontece na realidade constitui uma limitação deste estudo, inclusive inerente ao próprio desenho metodológico. No entanto, não se configuraria como um problema de menor impacto para a gestão de políticas de saúde bucal, já que informar corretamente os sistemas de informação é fundamental para avaliar políticas de saúde.

Este estudo tem grande relevância para a saúde bucal, por acreditarmos ser o pioneiro ao analisar os indicadores propostos para o 3º ciclo do PMAQ, englobando todas as unidades federativas e correlacionando com indicadores sociais.

Essa avaliação serve como ferramenta de avaliação da qualidade dos serviços ofertados, dos processos de trabalho, de ações em saúde e do acesso dos cidadãos a esses serviços prestados na APS. Além de também subsidiar que os gestores e profissionais de saúde, considerando as particularidades das unidades federativas do Brasil, busquem estratégias e tomem decisões que aprimorem a saúde bucal.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Seção 1, número 183. Brasil; 2017 p. 68.
2. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Vol. 4, Série Pactos pela Saúde. Brasília; 2006. 60 p.
3. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 110 p.
4. Brasil. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1997. 36 p.
5. Brasil. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal [Internet]. Brasília; 2004. p. 16. Available from: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Lzz2g6mDOscJ:portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/politica-nacional-de-saude-bucal>
6. Brasil. Passo a Passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2016.
7. Lemos PN, Guisilini AC, Narvai PC, Rodrigues DA, Frazão P. Atenção à saúde bucal no Parque Indígena do Xingu, Brasil, no período de 2004 a 2013: um olhar a partir de indicadores de avaliação. 2013.
8. Chaves SC de L. Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática. 2016. 377 p.
9. Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABM, Borges PK de O, Baldani MH. Atenção em saúde bucal no Brasil: reflexões a partir da avaliação externa do PMAQ-AB. Saúde em Debate. 2014;38(spe).
10. Mendes Júnior FIR, Bandeira MAM, Tajra FS. Percepção dos profissionais quanto à pertinência dos indicadores de saúde bucal em uma metrópole do Nordeste brasileiro. Saúde em Debate. 2015;39(104):147–158.
11. Melo LMLL de, Moimaz SAS, Garbin CAS, Garbin AJ, Saliba NA. A construção de uma agenda de gestão compartilhada para a reorganização da demanda em saúde bucal. Rev Ciênc Plur. 2016;2(1):42–55.
12. Brasil. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. Ministério da Saúde. 2019.
13. Brasil. Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica - SIASB: Nota técnica - Relatório de Indicadores de Saúde e Cadastro. Brasília; 2019.

14. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica e Nasf. 2017; 89 p.
15. PNUD. Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. 2010.
16. Brasil. Histórico de cobertura saúde da Família. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2018.
17. José De Rezende M. Os relatórios do desenvolvimento humano (RDHS/PNUD/ONU) da década de 1990 e as propostas para enfrentar as múltiplas formas de desigualdades. *Rev Ciências Sociais*. 2014;(1):121–147.
18. Neves C, Gabardo MR, Camara D, Antonio U, Filho S, Guzzi E, et al. Análise Do Índice De Gini Nos Municípios De Santa Catarina Em 2000 E 2010: Uma Abordagem Exploratória De Dados Espaciais. *Rev Bras Estud Reg e Urbanos*. 2015;09(2):209–227.
19. CONASS. Nota técnica: cobertura de equipes de saúde da família e saúde bucal. Brasília; 2016.
20. Brasil. Instrumento de avaliação externa do saúde mais perto de você - acesso e qualidade. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2017.
21. Brasil. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Brasil: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro; 2013.
22. CNS. Resolução 510 de 7 de abril de 2016. Vol. 62. São Luis; 2016.
23. Costa RC, Ribeiro ILA, Rodrigues LV, Valença AMG. Configuração da cobertura de saúde bucal brasileira e o acesso da população ao serviço público odontológico. *Rev Família, Ciclos Vida e Saúde no Context Soc*. 2018;6(2):212.
24. Chaves SCL, Almeida AMF de L, Reis CS dos, Rossi TRA, Barros SG de. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. *Saúde em Debate*. 2018;42(spe2):76–91.
25. Anne M, Bandeira M. Percepção dos profissionais quanto à pertinência dos indicadores de saúde bucal em uma metrópole do Nordeste brasileiro indicators in a metropolis of the Brazilian northeastern:147–158.
26. Fernandes J de KB, Pinho JRO, Queiroz RC de S, Thomaz EBAF. Evaluation of oral health indicators in Brazil: a trend towards equity in dental care? *Cad Saude Publica*. 2016;32(2):e00021115.
27. Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família : uma avaliação do modelo assistencial Oral health in the Brazilian Family Health Program: a health care model evaluation. 2007;23(11):2727–2739.