

**Information Systems as  
a tool to monitoring the  
oral health actions in the  
Family Health Strategy in  
the metropolitan region of  
Curitiba-PR**

**Sistemas de Informação como  
ferramenta de monitoramento das  
ações de saúde bucal na Estratégia  
Saúde da Família da região  
metropolitana de Curitiba-PR**

**ABSTRACT | Introduction:** Health information systems are useful tools to collect data about a population. These data can be transformed into information, allowing the evaluation of health actions that are being applied in a particular location. **Objective:** The aim of this study was to monitor the oral health actions of the cities which compose the Central Urban Core (NUC) of the Metropolitan Region of Curitiba – PR, using outpatient information systems and verifying the correlation with the Coverage of Oral Health Teams (ESB) in the Family Health Strategy (ESF). **Methods:** This is a descriptive study with evaluation of secondary data consolidated in 2012. The oral health indicators were: a) first programmatic dental visit; b) collective actions of supervised toothbrushing; c) individual basic dental procedures; d) extractions of deciduous and permanent teeth. The coverage of ESB in the ESF was also found on the DATASUS website. In quantitative statistical analysis, we used the Pearson correlation test. **Results:** The data comparison explained that the higher is the value of first programmatic dental visit, the higher is the average of extractions ( $p=0.0129$ ;  $r=0.6439$ ). In relation to the coverage of ESB in the cities of NUC, it was observed that the higher is the coverage in the ESF, the bigger is the number of first programmatic dental visit ( $p=0.0018$ ;  $r=0.7555$ ) and average of extractions ( $p=0.0101$ ;  $r=0.6603$ ). **Conclusion:** It was observed the persistence of the surgical-restorative profile in some cities, showing the importance of Information Systems as a tool to monitoring the oral health actions in the Family Health Strategy.

**Keywords |** Health status indicators; Health information systems; Health information management.

**RESUMO | Introdução:** Sistemas de informação em saúde são ferramentas úteis para obtenção de dados sobre a realidade da população. Esses dados podem ser transformados em informação, permitindo avaliar as ações em saúde que estão sendo aplicadas em um determinado local. **Objetivo:** Monitorar as ações em saúde bucal dos municípios do Núcleo Urbano Central (NUC) da Região Metropolitana de Curitiba-PR, por meio do uso de sistemas de informação ambulatoriais, verificando a existência de correlação com a Cobertura de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF). **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, com avaliação de dados secundários consolidados do ano de 2012. Foram avaliados a cobertura de ESB na ESF e os indicadores de saúde bucal: a) Primeira Consulta Odontológica Programática; b) Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada; c) Procedimentos Odontológicos Individuais Básicos; d) Exodontias de decíduos e permanentes. Na análise estatística quantitativa foi utilizado o teste de correlação de Pearson. **Resultados:** A comparação dos dados explicitou que, quanto maior o número de primeiras consultas odontológicas programáticas/hab., maior é a média de exodontias/hab. ( $p=0,0129$ ;  $r=0,6439$ ). Em relação à cobertura de ESB dos municípios do NUC na região metropolitana de Curitiba-PR, constatou-se que, quanto maior é a cobertura na ESF, maior o número de primeira consulta odontológica programática ( $p=0,0018$ ;  $r=0,7555$ ) e a média de exodontias/hab. ( $p=0,0101$ ;  $r=0,6603$ ). **Conclusão:** Verificou-se a persistência do perfil cirúrgico-restaurador em alguns municípios, demonstrando a importância dos sistemas de informação como ferramenta de monitoramento das ações de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família.

**Palavras-chave |** Indicadores básicos de Saúde; Sistemas de informação em saúde; Gestão da informação em saúde.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Paraná, Curitiba/PR, Brasil.

## INTRODUÇÃO |

O processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem ampliado a discussão acerca da organização da atenção à saúde, visando alcançar a universalização do acesso, a integralidade das ações e a equidade, sendo estes os princípios doutrinários do SUS. Além disso, a descentralização, a hierarquização dos serviços e o controle social também são fundamentais na efetivação das ações no SUS. Sendo assim, a organização da atenção à saúde e a descentralização político-administrativa são, desde a implementação do SUS, os maiores desafios do Estado. Nessa dinâmica, pode-se observar, no SUS, esforços na reorientação da Atenção Básica. Segundo o Ministério da Saúde, a Atenção Básica em Saúde é caracterizada por um conjunto de ações individuais e coletivas que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do trabalho em equipe, dirigida às populações de territórios bem delimitados, pelos quais assume a responsabilidade sanitária<sup>1</sup>.

De forma a ampliar e reorganizar a atenção básica em saúde, em 1994, o governo federal implantou o Programa Saúde da Família (PSF), levando a oferta e o cuidado para perto da unidade familiar. Em 2011, o PSF passou a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF visa à reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica. Tem por objetivo principal favorecer a reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade<sup>2,3</sup>.

De maneira a construir uma atenção mais integrada, a incorporação da Saúde Bucal na ESF, ocorrida oficialmente no ano 2000, tem sido vista como uma forma de romper o modelo assistencial excludente até então praticado no nosso país<sup>4</sup>.

No entanto, mesmo com a proposta de reorganização, ainda se pode observar que muitas práticas profissionais continuam associadas a uma demanda reprimida crescente de atendimento cirúrgico-restaurador, com uma expansão do serviço operada mediante atendimento da livre demanda sem perceber melhorias na condição de saúde da

comunidade. A programação e o planejamento das ações devem estar baseados no modelo vigente de atenção em saúde bucal e no diagnóstico das condições de saúde e necessidades de tratamento da população adscrita. Essa prática permite uma ação mais efetiva ao estabelecer prioridades e alocar recursos de forma direcionada à modificação positiva das condições de saúde da população<sup>5</sup>.

Como em qualquer outra atividade, no setor da saúde a informação deve ser entendida como um redutor de incertezas, um instrumento para detectar focos prioritários, levando a um planejamento responsável e à execução de ações que condicionem a realidade às transformações necessárias. Então, nesse contexto de descentralização da saúde, tem-se ampliado a utilização dos sistemas de informação em saúde (SIS) como instrumentos de planejamento e gestão<sup>6</sup>.

A Organização Mundial da Saúde define Sistema de Informação em Saúde (SIS) como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde. Considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação, e inclusive recomendações para a ação<sup>7</sup>.

Os únicos sistemas com abrangência nacional que registram procedimentos realizados pelas equipes de saúde bucal são o Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS) e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Porém esse último ainda está em fase de estruturação em relação às ações odontológicas, registrando apenas o total de procedimentos coletivos, ficando restrito ao SIA-SUS os aspectos específicos da programação de saúde bucal<sup>5,8,9</sup>.

Em 2006, a Portaria nº 493, de 13/03/2006, estabeleceu os principais indicadores do Pacto de Atenção Básica, que passam a ser calculados a partir das bases nacionais dos diversos sistemas do Ministério da Saúde<sup>10</sup>. Desde então, esses indicadores têm sido utilizados amplamente na gestão como instrumento na tomada de decisão, para avaliar ações e subsidiar o seu redirecionamento. Há uma escassez de estudos que descrevem e analisam os vários indicadores de saúde utilizados na gestão em saúde bucal nos diferentes serviços de saúde no Brasil, bem como os dados necessários para o seu cálculo e a sua fonte<sup>11</sup>.

Sob tal ótica, o objetivo deste trabalho foi monitorar as ações em saúde bucal dos municípios do Núcleo Urbano

Central (NUC) da Região Metropolitana de Curitiba-PR, por meio do uso de sistemas de informações ambulatoriais, verificando a existência de correlação com a Cobertura de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF).

## MÉTODOS

A pesquisa realizada trata-se de um estudo descritivo, com a utilização de dados secundários quantitativos. Os dados foram obtidos por meio de consulta aos sistemas de informação disponíveis do Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

A região delimitada para a análise foi o Núcleo Urbano Central (NUC) de Curitiba-PR. De acordo com a coordenação de região metropolitana de Curitiba, essa área é composta por 14 municípios – Almirante Tamandaré, Araucária, Campina Grande do Sul, Campo Largo, Campo Magro, Colombo, Curitiba, Fazenda Rio Grande, Itaperuçu, Pinhais, Piraquara, Quatro Barras, Rio Branco do Sul e São José dos Pinhais<sup>12</sup>.

Os indicadores de saúde bucal que foram utilizados nesta pesquisa foram: Primeira Consulta Odontológica Programática, Escovação Supervisionada, Procedimentos Individuais Básicos e Exodontias de Decíduos e Permanentes, os quais foram obtidos pela base de dados do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS), tendo por base dados consolidados do ano de 2012. Para cada um desses indicadores foram utilizados os seguintes procedimentos do SIA-SUS, conforme descrição abaixo:

- a) Primeira Consulta Odontológica Programática: Código SIA-SUS 0301010153;
- b) Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada: Código SIA-SUS 0101020031;
- c) Procedimentos Odontológicos Individuais Básicos: Códigos SIA-SUS 0307010015 capeamento pulpar, 0307010023 restauração de dente decíduo, 0307010031 restauração de dente permanente anterior, 0307010040 restauração de dente permanente posterior, 0307020010 acesso à polpa dentária e medicação (por dente), 0307020070 pulpotomia dentária, 0307030016 raspagem, alisamento e poli-

mento supragengivais (por sextante), 0307030024 raspagem e alisamento subgengivais (por sextante), 0307040070 moldagem dento-gengival para construção de prótese dentária, 0414020120 exodontia de dente decíduo, 0414020138 exodontia de dente permanente, 0414020170 glossorrafia, 0414020359 tratamento cirúrgico de hemorragia buco-dental, 0414020383 tratamento de alveolite, 0414020405 ulotomia/ulectomia, 0307020029 curativo de demora com ou sem preparo biomecânico;

d) Exodontias de decíduos e permanentes. Código SIA-SUS 0414020120 e 0414020138<sup>13</sup>.

A partir disso realizou-se uma razão entre o número de procedimentos apresentados para cada um dos indicadores de saúde bucal do ano de 2012 e o número de habitantes de cada um dos 14 municípios do NUC. Para consulta do número de habitantes por município, foi utilizada a estimativa do Tribunal de Contas da União (TCU)<sup>14</sup>.

Quanto à Cobertura das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) foram utilizados os dados da sala de apoio à gestão estratégica do SUS<sup>15</sup> e também os Indicadores de Saúde (Indicadores de Transição Pacto pela Saúde e COAP – 2012 no estado do Paraná) disponíveis no DATASUS<sup>16</sup>.

Também foi analisada a existência da correlação entre os indicadores de saúde bucal e a cobertura da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Na análise estatística quantitativa foi utilizado o teste de correlação de Pearson, com nível de significância de 95%. O coeficiente de relação de Pearson( $r$ ) varia de -1 a 1. O sinal indica direção positiva ou negativa do relacionamento e o valor sugere a força de relação entre as variáveis.

## RESULTADOS

Em relação à primeira consulta odontológica programática observou-se que os municípios de Araucária (0,17 hab./ano) e Campina Grande do Sul (0,11 hab./ano) apresentaram os maiores indicadores. Em contrapartida, Itaperuçu (0,01 hab./ano) e Pinhais (0,02 hab./ano), obtiveram os menores resultados.

Quanto à escovação dental supervisionada, pôde-se identificar que o município de Almirante Tamandaré apresentou o maior valor (1,52 hab./ano), seguido do município de Araucária (0,97 hab./ano), enquanto Campo Magro e Piraquara obtiveram os menores resultados (0,01 e 0,03 hab./ano respectivamente). O município de Quatro Barras foi o único que não apresentou procedimento registrado no ano de 2012 no SIA-SUS sobre o indicador escovação dental supervisionada.

Sobre os procedimentos clínicos individuais/hab., os municípios de Colombo e Araucária se destacam com maiores indicadores (1,30 e 0,70 hab./ano, respectivamente). Já o município de Itaperuçu obteve o menor índice (0,01 hab./ano).

Os municípios que obtiveram os maiores números de exodontias/hab. foram: Araucária e Quatro Barras (0,08 e 0,06 hab./ano, respectivamente). Já os municípios de Itaperuçu e Pinhais apresentaram os menores índices, ambos com 0,01 hab./ano. Os municípios Fazenda Rio Grande e Campina Grande do Sul não informaram dados a respeito das exodontias.

Em relação à cobertura de ESB na ESF na região metropolitana de Curitiba-PR, a primeira constatação verificada foi a diferença de informações referentes a essa cobertura do Ministério da Saúde. Os dados da sala de apoio à gestão estratégica do SUS apresentaram-se mais desatualizados em comparação aos dados dos Indicadores de Saúde (Indicadores de Transição Pacto pela Saúde e COAP – 2012 no estado do Paraná) disponível no DATASUS. Desse modo, optou-se por utilizar os dados disponibilizados do DATASUS, no qual foram encontrados valores relacionados à cobertura de ESB variando de 15,21% a 84,28%, sendo o município de Pinhais o que tem o menor resultado (15,21%) e Araucária, o maior (84,28%). Dentre os 14 municípios avaliados, apenas Araucária (84,28%), Quatro Barras (74,50%) e Campina Grande do Sul (61,39%) apresentaram cobertura de ESB maior que 50%.

Ao associar os indicadores de saúde bucal na região metropolitana de Curitiba-PR, verificou-se que, quanto maior o número de primeiras consultas odontológicas programáticas/hab., maior é a média de exodontias/hab. ( $p=0.0129$ ;  $r=0.6439$ ). Ao correlacionar os indicadores de saúde bucal e a cobertura da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) dos municípios do NUC na região metropolitana de Curitiba-

PR, constatou-se que quanto, maior é a cobertura na ESF, maior o número de primeira consulta odontológica programática ( $p=0.0018$ ;  $r=0.7555$ ) e a média de exodontias/hab. ( $p=0.0101$ ;  $r=0.6603$ ).

## DISCUSSÃO |

O monitoramento e a avaliação em saúde têm como propósito fundamental dar suporte ao processo decisório e, por isso, devem subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina de profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população<sup>10</sup>.

Ao analisar os indicadores de saúde bucal, pôde-se observar que o município de Araucária possui o maior indicador de primeira consulta odontológica programática, visto que, dos 14 municípios em estudo, ele apresenta a maior cobertura da Estratégia Saúde da Família. Constatou-se que o município de Pinhais foi o que obteve um dos menores resultados no indicador de primeira consulta odontológica programática; também foi o que apresentou a menor cobertura de equipe de saúde bucal, o que sugere a priorização da demanda espontânea na rede de serviços de saúde bucal. Já os municípios de Itaperuçu e Rio Branco do Sul, que registram 3 e 5 equipes de saúde bucal cadastradas e habilitadas no Ministério da Saúde, respectivamente, obtiveram indicadores semelhantes ao município de Pinhais em relação à primeira consulta odontológica programática; no entanto, apresentaram médias que indicaram priorização somente das atividades educativas e preventivas em detrimento dos procedimentos clínicos, o que comprova a baixa realização de consultas com a finalidade de diagnóstico e tratamento (Tabelas 1 e 2).

Dessa forma, pode-se destacar ainda a persistência, em alguns municípios, do perfil cirúrgico-restaurador com ênfase em exodontia no Sistema Único de Saúde (SUS).

Em comparação ao estudo realizado por Stahlhoefer e Onuki<sup>17</sup>, o qual utilizou os dados consolidados de 2011 na mesma região metropolitana, verificou-se que o município de Colombo no ano de 2011 obteve uma média de procedimentos clínicos individuais por habitante de 0,23 e já em 2012 essa média ficou em 1,30. Segundo infor-

Tabela 1 – Indicadores de saúde bucal e cobertura de Equipes de Saúde Bucal nos municípios do NUC. Região Metropolitana de Curitiba, 2012

Escala	0	1	2	3	4
Almirante Tamandaré	0,04	1,52	0,16	0,02	17,25
Araucária	0,17	0,97	0,70	0,08	84,28
Campina Grande do Sul	0,11	0,12	0,37	0,00	61,39
Campo Largo	0,06	0,23	0,21	0,02	47,42
Campo Magro	0,06	0,01	0,34	0,03	47,65
Colombo	0,04	0,12	1,30	0,02	33,45
Curitiba	0,09	0,40	0,42	0,04	45,73
Fazenda Rio Grande	0,06	0,43	0,17	0,00	32,48
Itaperuçu	0,01	0,32	0,01	0,01	49,51
Pinhais	0,02	0,33	0,19	0,01	15,21
Piraquara	0,05	0,03	0,20	0,03	31,74
Quatro Barras	0,09	0,00	0,66	0,06	74,50
Rio Branco do Sul	0,03	0,49	0,19	0,03	48,78
São José dos Pinhais	0,05	0,04	0,40	0,02	37,95

Fonte: SIA-SUS (2013)

mação fornecida pela gestão municipal de Colombo-PR (comunicação pessoal), ocorreram mudanças no registro desse indicador nesse último ano, já que de forma equivocada foram somados todos os procedimentos clínicos individuais e coletivos nesse indicador.

No Gráfico 1, observando a correlação de primeira consulta odontológica programática/hab. e exodontias/hab. nos municípios do NUC, constatou-se que existiu uma correlação positiva. A presente pesquisa demonstrou que municípios que realizaram maior número de consultas odontológicas com finalidade de plano de tratamento são também os que realizaram o maior número de exodontias/hab. Vale destacar, que Stahlhoefer e Onuki<sup>17</sup> também verificaram tal correlação com esses mesmos indicadores na região metropolitana de Curitiba com os dados consolidados de 2011 do DATASUS.

Entretanto, esse resultado difere do apresentado por Fernandes e Peres<sup>18</sup>, que constataram que a proporção de exodontias e coberturas de consultas odontológicas tinham uma correlação negativa, onde quanto maior o número de consultas odontológicas menores eram os índices de exodontias.

Facchini, Teixeira e Castilho<sup>19</sup> afirmam que a relação inversa apresentada pelo número de exodontias e as primeiras consultas odontológicas programáticas deve ser encarada com um pouco mais de cuidado, pois, além do aumento da primeira consulta, a diversificação dos tipos de procedimentos registrados implicam a redução da demanda por exodontias. Sendo assim, a redução na proporção destas não se deve somente à redução de exodontias, mas sim ao aumento de outras ações individuais. Os autores ainda ressaltam que, apesar de a proposta ser de reorganização

Tabela 2 – Número de ESB dos municípios do NUC da região metropolitana de Curitiba-PR. 2012

Região Metropolitana de Curitiba	Nº de equipes de saúde bucal
Almirante Tamandaré	3
Araucária	16
Campina Grande do Sul	6
Campo Largo	17
Campo Magro	3
Colombo	13
Curitiba	153
Fazenda Rio Grande	9
Itaperuçu	3
Pinhais	0
Piraquara	8
Quatro Barras	4
Rio Branco do Sul	5
São José dos Pinhais	14

Fonte: IBGE/Ministério da Saúde

da Atenção Básica, o que tem acontecido é a expansão do serviço de atendimento da livre demanda e, conseqüentemente, da crescente demanda reprimida de atendimento cirúrgico restaurador.

Na presente pesquisa, identificou-se que onde há maior cobertura de primeira consulta odontológica também há maior cobertura de ESB, o que destaca a importância da referida estratégia de reorganização da atenção básica à saúde tanto no acesso quanto na maior provisão de serviços de saúde bucal aos usuários do serviço público no nosso país. Para Fernandes e Peres<sup>18</sup>, a maior cobertura de primeira consulta odontológica pode estar associada ao maior número de cirurgiões-dentistas cadastrados no SUS,

Gráfico 1 – Correlação entre primeira consulta odontológica programática/hab. e média de exodontias/hab. nos municípios do NUC da região metropolitana de Curitiba-PR. 2013

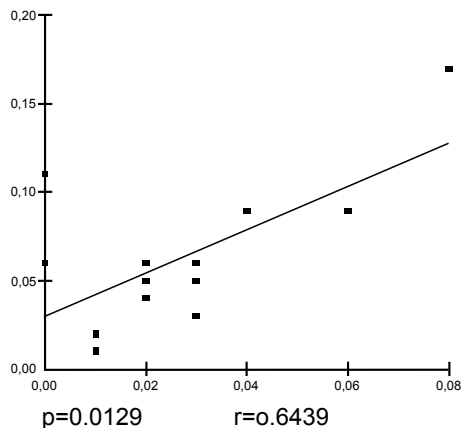


Gráfico 2 – Correlação entre equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família e primeira consulta odontológica programática/hab. nos municípios do NUC da região metropolitana de Curitiba-PR. 2013

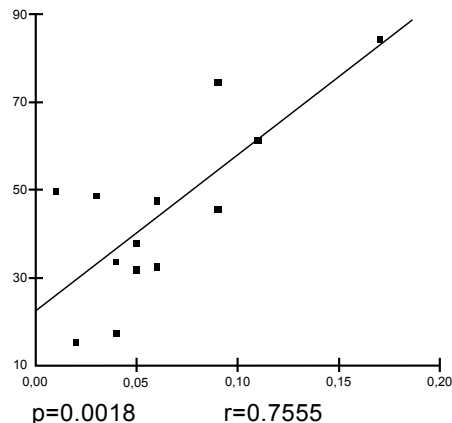
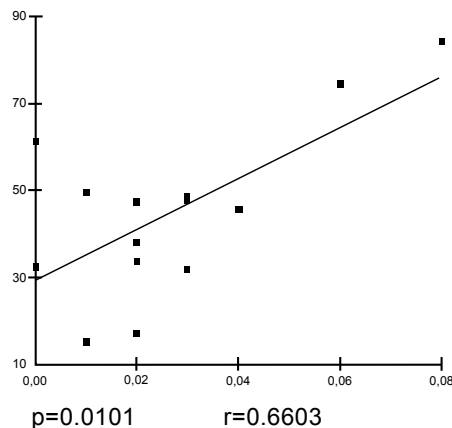


Gráfico 3 – Correlação entre cobertura de equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família e média de exodontias/hab. nos municípios do NUC da região metropolitana de Curitiba-PR. 2013



o que pode indicar que melhorias no acesso aos serviços odontológicos podem estar ocorrendo em virtude da contratação de profissionais para o Sistema Único de Saúde.

Já no Gráfico 3, houve uma forte correlação entre a porcentagem de cobertura das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e o número de exodontias/hab. O que evidenciou que nos municípios onde há maior cobertura também ocorreu um maior número de exodontias/hab. Segundo Fischer *et al.*<sup>20</sup>, o aumento das exodontias é justificado em municípios com maiores coberturas da ESB pelo menor tempo no início da implantação da ESF, tendo em vista as necessidades acumuladas ao longo dos anos em municípios que eram desestruturados na atenção à saúde bucal.

Contudo, ao analisar os indicadores de saúde bucal, a qualidade deve ser considerada devido às fragilidades relacionadas ao registro desses dados. Um dos problemas já identificados na literatura, com o registro no SIA-SUS das primeiras consultas odontológicas, é que estas devem ser informadas apenas uma vez ao ano, mas é possível que haja um sobreregistro, ocasionando distorção no indicador. Em outros trabalhos, esses sub ou sobreregistros foram igualmente encontrados. Segundo Teixeira, Facchini e Castilho<sup>19</sup>, esses erros foram relacionados ao fato de um mesmo indivíduo procurar serviço em diferentes lugares, ou ao registro incorreto de procedimento. Outra limitação do sistema de informação é o registro incorreto das informações pelos profissionais de saúde, o que pode levar a uma inconsistência nos resultados.

Desse modo, corroborando Fischer *et al.*<sup>20</sup>, vale destacar que estudos como este são importantes para o planejamento das ações, como, por exemplo, a oferta de outras possibilidades terapêuticas conservadoras, no intuito de melhorar o indicador de exodontias e procedimentos odontológicos individuais na atenção básica, cuja característica mutiladora se repete mesmo em locais com maiores coberturas da Estratégia Saúde da Família. Esses achados também podem auxiliar os gestores da região estudada para reorientação ou manutenção das políticas de saúde bucal ora vigente, de forma socialmente orientada.

## CONCLUSÃO |

Com base neste estudo, constatou-se que os sistemas de informação em saúde constituem importantes ferramen-

tas de gestão para o monitoramento, planejamento e avaliação local das ações de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. A eficácia dos processos é fundamental para o monitoramento e avaliação do estado de saúde da população, assim como para o planejamento, organização e pleno funcionamento dos serviços de saúde.

A equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família tem grande importância em promover, proteger e recuperar a saúde bucal; nota-se que os municípios que possuem maior número de equipes de saúde bucal, apresentam mais consultas odontológicas programáticas, o que indica que os usuários desse serviço passaram por um exame clínico odontológico com finalidade de diagnóstico e elaboração de um plano preventivo-terapêutico e não apenas um atendimento eventual como os de urgência e emergência que não têm seguimento previsto. O aumento de extrações também está correlacionado com o aumento de ESB, pelo fato de que no início de sua implementação é esperado que isso ocorra, pois há muitos danos acumulados ao decorrer dos anos.

Recomenda-se que futuros estudos priorizem a melhoria no registro e na qualidade dos dados, permitindo, dessa forma, que os pesquisadores e gestores estabeleçam indicadores de saúde bucal mais confiáveis e então possam implementar políticas públicas dirigidas a promoção de saúde, melhoria no acesso e na provisão de serviços de saúde e equidade.

## REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados. 1998-2005/2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
2. Chaves SCL, da Silva LMV. Atenção à saúde bucal e da descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(5):1119-31.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
4. Souza VD, Driessnack M, Mendes IAC. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. *Parte*

- 1: desenhos de pesquisa quantitativa. *Rev Latino-Am Enferm.* 2007; 15(3):1-7.
5. Barros SG, Chaves SCL. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. *Epidemiol Serv Saude.* 2013; 12(1):41-51.
6. Araujo VR. Análise das práticas de cuidado ao idoso na atenção básica em saúde sob a perspectiva da integralidade na cidade de João Pessoa/PB [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2012.
7. Moura DCA. Sistema de Informação em Enfermagem. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2013.
8. Almeida GCM, Ferreira MAF. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(9):2131-40.
9. Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Manual para sistema de informação em saúde bucal do SUS. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde; 2007.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 493, de 13 de março de 2006 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [citado 2013 Ago 30]. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria\\_493.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_493.pdf)
11. França MASA, Pereira EM, Marcelo VC. Gestão em saúde bucal: indicadores de saúde, seus propósitos e inter-relações. *An Congr Bras Med Fam Comunidade.* 2013; 12:1496.
12. Coordenação de Região Metropolitana de Curitiba [Internet]. Municípios da RMC. Curitiba: Prefeitura Municipal; 2012 [citado 2012 Dez 20]. Disponível em: <http://www.comec.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=89>
13. Brasil. Departamento de Informática do SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). Produção Ambulatorial do SUS – Paraná – por local de atendimento – 2008/2012. [citado 2013 Jan 20]; [cerca de 2 p.]. Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/qapr.def>
14. Brasil. Departamento de Informática do SUS [Internet]. Informações em Saúde: População Residente - Estimativas para o TCU – Paraná, 2013. [citado 2013 Jan 20]; [cerca de 2 p.]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poptpr.def>
15. Brasil. Sala de Apoio à Gestão Estratégica [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [citado 2013 Ago 15]. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>
16. Brasil. Departamento de Informática do SUS [Internet]. Informações em Saúde: Indicadores de Transição Pacto pela Saúde e COAP - 2012 – Paraná, 2013. [citado 2013 Jan 20]; [cerca de 2 p.]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dh.exe?pacto/2012/cnv/pactpr.def>
17. Stahlhoefer AG, Onuki LY. O uso de sistemas de informações como estratégia de avaliação das ações de saúde bucal da região metropolitana de Curitiba – PR [trabalho de conclusão de curso]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2013.
18. Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(6):930-6.
19. Facchini LA, Teixeira ND, Castilho ED. Avaliação da evolução da demanda de saúde bucal através do uso de sistemas de informação em saúde. *Rev Enferm Saude.* 2011; 1(1):50-9.
20. Fischer TK, Peres KG, Kupek E, Peres MA. 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. *Rev Bras Epidemiol.* 2010; 13(1):126-38.

*Correspondência para/ Reprint request to:*

**Guilherme Oneda**

*An. Camilo de Lellis, 512*

*Centro, Pinhais-PR*

*Tel.: (41)97504171 / (41)36675279*

*E-mail: guilhermeoneda@gmail.com*

Recebido em: 5-9-2013

Aceito em: 23-12-2013