



Vigilância da dor de dente na atenção primária à saúde no Brasil: série temporal de 2014-2023

Surveillance of toothache in primary health care in Brazil: time series 2014-2023

Letícia Araújo Moncôrvo Lima¹ , Anny Karlen Brito da Silva¹ , Alcir José de Oliveira-Júnior² , Temístocles Damasceno Silva¹ , Haroldo José Mendes¹ , Manoelito Ferreira Silva-Junior¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Departamento de Saúde I, Jequié, BA, Brasil.

² Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Brasília, DF, Brasil.

Correspondência para:
Manoelito Ferreira Silva-Junior
manoelito.junior@uesb.edu.br

Apresentado em:
30 de agosto de 2024.

Aceito para publicação em:
26 de novembro de 2024.

Conflito de interesses:
não há.

Fontes de fomento:
não há.

Editor associado responsável:
Luci Mara França Correia

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A dor de dente é um marcador de falha na assistência e na resolutividade, e por isso é um indicador da vigilância de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS). O objetivo deste estudo foi analisar a notificação de dor de dente na APS entre as Unidades Federativas (UF) e regiões geográficas brasileiras ao longo de 10 anos.

MÉTODOS: O estudo ecológico utilizou dados secundários sobre a vigilância da dor de dente extraídos em abril de 2024, por meio do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica, referente aos dados anuais (janeiro-dezembro) de 2014 a 2023. Os dados populacionais foram extraídos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Foi calculada ocorrência, taxa anual e variação anual percentual.

RESULTADOS: Em 10 anos foi notificado dor em 46.514.494 dentes. A menor taxa anual foi de 2,63 dentes por 1.000 habitantes/ano em 2014, e a maior 35,81, em 2023. As menores taxas foram nas UFs: RO, RR, RJ e DF, e as maiores no AC, AL, RN e TO. Entre as regiões geográficas, as menores taxas foram no Sudeste e Sul, e as maiores taxas no Nordeste e no Norte. Houve aumento percentual da dor de dente no Brasil, com exceção do ano de 2020 (-23,3%). Entre as regiões, verificou-se redução apenas no Sudeste, entre 2017-2016 (-14,9%).

CONCLUSÃO: A dor de dente apresentou alta taxa de ocorrência e aumento anual na APS no Brasil, com exceção do ano de 2020, com disparidades marcantes entre as UFs e as regiões brasileiras.

DESCRIPTORIOS: Atenção Primária à Saúde, Odontalgia, Vigilância em Saúde Pública.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Toothache is a marker of failure in care and resolution, and therefore it is an indicator of oral health surveillance in Primary Health Care (PHC). The objective of the present study was to analyze the toothache notification in PHC among the Brazilian states and geographic regions over ten years.

METHODS: The ecological study used secondary data extracted in April 2024 on toothache surveillance, through the Health Information System for Primary Care, referring to the annual data (January-December) from 2014 to 2023. Population data were extracted from the Brazilian Institute of Geography and Statistics. The occurrence, annual rate, and annual percentage variation were calculated.

RESULTS: In ten years, pain was reported in 46,514,494 teeth. The lowest annual rate was 2.63 teeth per 1,000 inhabitants/year in 2014, and the highest 35.81, in 2023. The lowest rates were in the following states: RO, RR, RJ, and DF, and the highest in AC, AL, RN, and TO. Among the geographic regions, the lowest rates were in the Southeast and South, and the highest rates in the Northeast and North. There was a percentage increase in toothache in Brazil, with the exception of 2020 (-23.3%). Among the regions, a reduction was only observed in the Southeast between 2017-2016 (-14.9%).

CONCLUSION: Toothache had a high rate of occurrence and an annual increase in PHC in Brazil, except for 2020, with marked disparities between states and Brazilian regions.

KEYWORDS: Primary Health Care, Toothache, Public Health Surveillance.

DESTAQUES

- Houve alta taxa de ocorrência anual de notificação da dor de dente na Atenção Primária à Saúde no Brasil no tempo avaliado.
- A taxa de ocorrência anual de notificação da dor de dente apresentou redução apenas em 2020, em decorrência da pandemia de COVID-19, mas a partir de 2021 apresentou taxas mais altas do que no período pré-pandêmico
- Houve evidentes disparidades na taxa de notificação de ocorrência de dor de dente entre as Unidades Federativas e regiões geográficas brasileiras, sendo menores nas regiões Sul e Sudeste, e maiores nas regiões Norte e Nordeste

INTRODUÇÃO

No Brasil, o atendimento odontológico historicamente foi marcado por uma abordagem focada em tratamentos mutiladores, curativos e tecnicistas. Isso ocorreu devido às práticas adotadas pelos profissionais da área e à falta de políticas públicas de saúde¹. Assim, as ações se concentravam em grupos prioritários e em procedimentos limitados, como as extrações dentárias, que eram frequentemente utilizadas para solucionar os problemas bucais dos pacientes¹. Esse cenário é reforçado pelo fato de que a procura por serviços de saúde bucal ainda está relacionada a dor, urgências ou necessidade de tratar cáries e doenças periodontais^{2,3}.

No Brasil, a partir de 1990, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), buscou-se reduzir os desafios e garantir a integralidade e a universalização do cuidado¹, incluindo a saúde bucal. Em 2001, foram criadas as equipes de Saúde Bucal (eSBs) dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e em 2004 a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) foi implantada. Esses avanços levaram à expansão das eSBs e à reorganização dos serviços com foco na Atenção Primária à Saúde (APS)⁴⁻⁶, com destaque para a importância de ampliar o acesso da população às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, especialmente com a inclusão do cirurgião-dentista nas equipes multiprofissionais das unidades de saúde em todo o país⁴.

Ao considerar a dinâmica do modelo estabelecido pelo SUS, que se baseia na Vigilância em Saúde⁷, observa-se que a APS tem utilizado indicadores, incluindo os de saúde bucal, para monitorar e desenvolver intervenções mais eficazes. Vale destacar que o objetivo da vigilância em saúde bucal é analisar o perfil epidemiológico das doenças e problemas, permitindo identificar, compreender, discutir e enfrentar os fatores que afetam a qualidade de vida da população⁸.

Para reconhecer adequadamente o processo de saúde e doença, é fundamental usar ferramentas que reúnam informações sobre as condições de saúde individuais e coletivas dos usuários do SUS. O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), criado em 2013 e tornado compulsório a partir de janeiro de 2016, possibilitou a coleta simultânea de dados tanto para a organização do financiamento dos serviços quanto para a adesão aos programas e estratégias da PNSB. Isso inclui o uso de indicadores que mostram a dor de dente como a principal razão pela busca por atendimento odontológico⁸.

Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo analisar a notificação de dor de dente na APS em diferentes Unidades Federativas (UFs) e e regiões geográficas brasileiras ao longo de 10 anos.

MÉTODOS

Desenho do estudo e aspectos éticos

O presente estudo, do tipo série temporal, foi realizado com dados secundários disponibilizados pelo Ministério da Saúde por meio do SISAB⁹, além de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)^{10,11}. Por tratar de dados secundários

de domínio público, este estudo não necessitou da apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

Fonte de extração de dados

As extrações de dados foram realizadas por dois pesquisadores, em abril de 2024, em duas bases de dados diferentes. Para a variável da dor de dente foi extraído o número absoluto de casos notificados anuais (janeiro a dezembro) de dor de dente, entre os anos de 2014 a 2023, no endereço eletrônico do SISAB⁹.

O SISAB é um sistema integrado de informações sobre APS, responsável por coletar dados que os municípios devem fornecer obrigatoriamente. Esses dados são obtidos por meio de diferentes plataformas, como a Coleta de Dados Simplificada (CDS - disponível online e offline), o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), dispositivos Android⁷ ou por meio de sistemas próprios que utilizam a tecnologia de transporte Apache THRIFT. Para mais detalhes sobre o processo de validação dos dados é possível consultar a Nota Técnica sobre os dados enviados ao SISAB¹².

O profissional, durante o preenchimento da ficha clínica eletrônica do usuário, deve assinalar a opção de seleção referente às condições de vigilância em saúde bucal percebidas no momento da consulta clínica¹³. O Ministério da Saúde preconiza seis indicadores de vigilância em saúde bucal na APS, a saber: abscesso dento alveolar, alteração em tecidos moles, dor de dente, fenda/fissuras lábio-palatais, fluorose dentária moderada/grave e traumatismo dento-alveolar. No entanto, previstas as especificidades de cada indicador, o presente estudo optou por pesquisar apenas um deles, a dor de dente.

Os dados populacionais foram extraídos da estimativa populacional para o período de 2014 a 2021, enquanto para os anos de 2022 e 2023 foram utilizados os dados do Censo 2022-2023 do IBGE¹⁰.

Análise dos dados

Os dados brutos foram organizados em planilhas do Excel (Microsoft). Os dados foram apresentados por meio de frequência absoluta, taxa anual e variação anual percentual. As taxas anuais dos casos notificados de dor de dente na APS foram calculadas da seguinte forma (Equação 1):

$$\text{Taxa anual} = \frac{\text{Valor absoluto de casos notificados de dor de dente}}{\text{População anual}} \times 1.000 \quad (1)$$

A constante ($\times 1.000$) foi padronizada considerando que houvesse ao menos uma taxa anual de referência expressa em um número inteiro. A variação anual percentual dos valores absolutos da produção odontológica da Atenção Básica foi calculada da seguinte forma (Equação 2):

$$\text{Variação anual (\%)} = \frac{\text{Taxa anual (atual - anterior)}}{\text{Taxa anual anterior}} \times 100 \quad (2)$$

RESULTADOS

Em um período de 10 anos foram notificadas dores em 46.514.494 dentes no Brasil. A menor taxa anual registrada foi de 2,63 dentes por 1.000 habitantes em 2014, enquanto a maior taxa, de 35,81, ocorreu em 2023. Durante esse período houve um aumento percentual no número de casos de dor de dente, exceto em 2020, quando houve diminuição de 23,3% (Figura 1).

As menores taxas foram nas UFs: Rondônia (RO), Roraima (RR), Rio de Janeiro (RJ) e Distrito Federal (DF). Por outro lado, as maiores taxas foram encontradas nas UFs: Acre (AC), Alagoas (AL), Rio Grande do Norte (RN) e Tocantins (TO - Figura 2).

Entre as regiões geográficas houve menores taxas no Sudeste (2014-2015 e 2017-2023) e no Sul (2016), e maiores taxas no Nordeste (2014 a 2022) e no Norte (2023 - Figura 3).

Nos anos iniciais analisados (2015 e 2016), a variação percentual anual foi expressiva, com aumentos superiores a 100%. A única variação negativa ocorreu em 2020, em comparação a 2019, afetando todas as regiões geográficas do Brasil. Além disso, a região Sudeste

também registrou uma variação percentual negativa entre 2016 e 2017, com uma queda de 14,9% (Tabela 1).

DISCUSSÃO

Este estudo revelou um aumento significativo nas notificações de dor de dente na APS ao longo dos anos. Embora os dados epidemiológicos indiquem uma redução na prevalência de doenças bucais, como cárie e doença periodontal, a dor de dente ainda é muito comum na população brasileira^{14,15}. Isso demonstra que, apesar dos esforços em prevenção e promoção de saúde, a procura por atendimento de urgência odontológica continua frequente nos serviços públicos de saúde bucal^{3,16}.

O aumento no número de notificações de dor de dente pode refletir outros fatores, além do crescimento real dos casos. A partir de 2016 houve um aumento expressivo na taxa de notificação de dor de dente, que pode estar relacionado à melhoria nos processos de registro, e não necessariamente a um aumento real

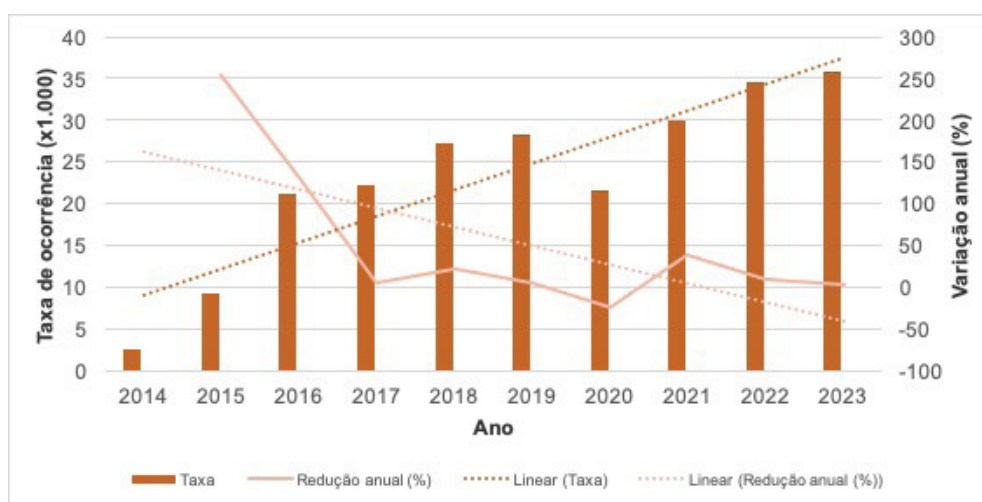


Figura 1. Série temporal da taxa de ocorrência anual e variação anual percentual de notificação da dor de dente na Atenção Primária à Saúde no Brasil, 2014-2023. O Distrito Federal apresenta resultados apenas após o ano de 2016.

Fonte: Ministério da Saúde⁹, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹⁰.

Tabela 1. Variação anual percentual do número absoluto de casos notificados da dor de dente na Atenção Primária à Saúde por região geográfica brasileira 2014-2023.

Região geográfica brasileira	Variação anual (%)								
	2015-2014	2016-2015	2017-2016	2018-2017	2019-2018	2020-2019	2021-2020	2022-2021	2023-2022
Sul	367,4	117,0	28,9	9,3	1,1	-9,0	46,1	2,0	4,8
Sudeste	339,6	251,5	-14,9	29,8	8,9	-25,3	37,6	13,1	2,4
Centro-Oeste	294,6	123,5	8,6	31,3	1,2	-23,1	37,4	18,4	10,3
Nordeste	195,5	63,4	23,7	16,7	2,5	-24,2	40,8	6,0	1,8
Norte	240,1	95,2	24,7	26,8	6,6	-27,3	36,4	14,5	7,0
Total (Brasil)	253,7	130,7	6,3	22,6	5,0	-23,3	39,5	10,0	3,6

Fonte: Ministério da Saúde⁹, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹⁰.

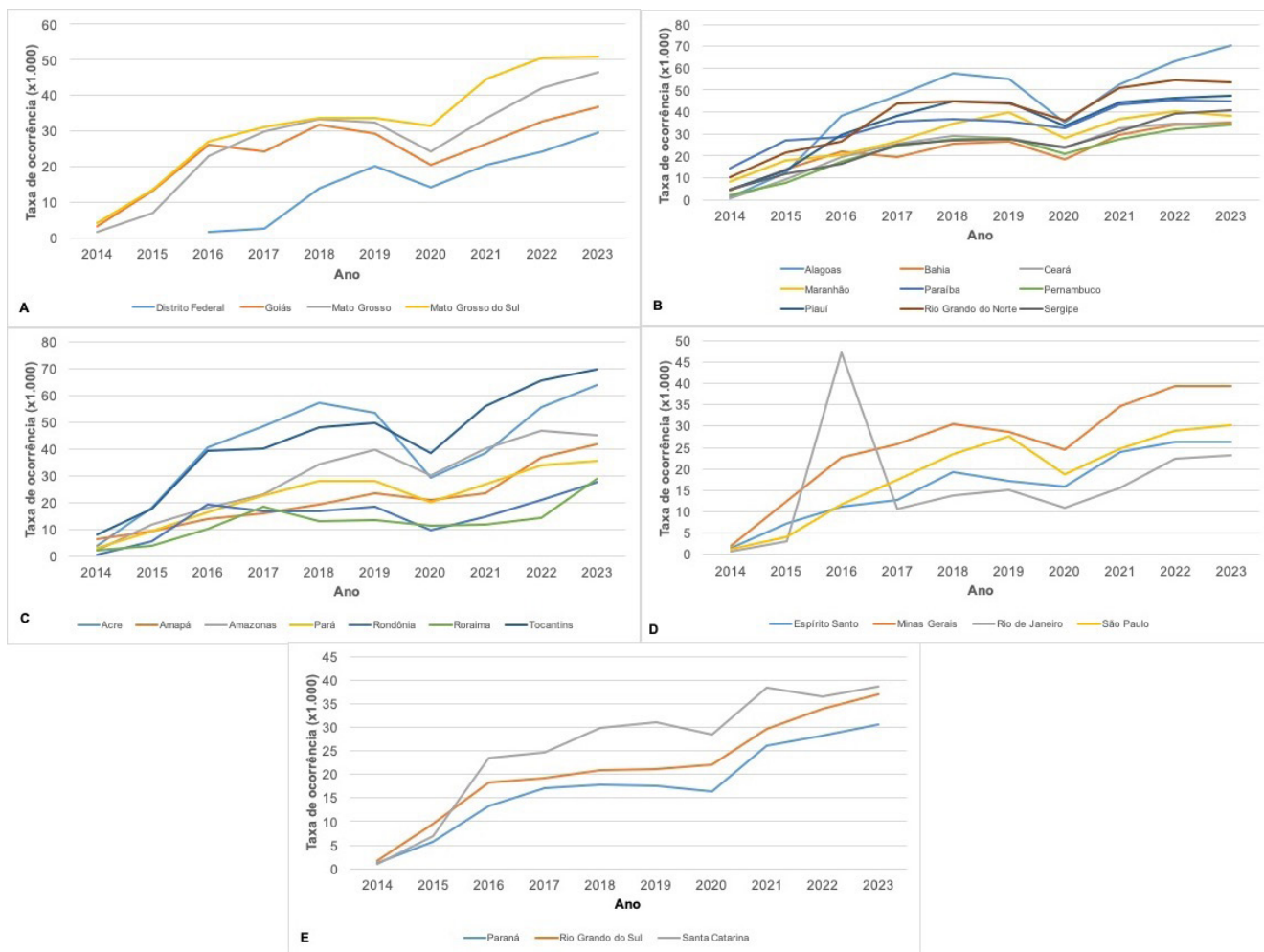


Figura 2. Série temporal da taxa de ocorrência anual de notificação da dor de dente na Atenção Primária à Saúde por Unidade Federativa no Centro-Oeste (A), Nordeste (B), Norte (C), Sudeste (D) e Sul (E); 2014-2023. *O Distrito Federal apresenta resultado apenas após o ano de 2016.
Fonte: Ministério da Saúde⁹, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹⁰.

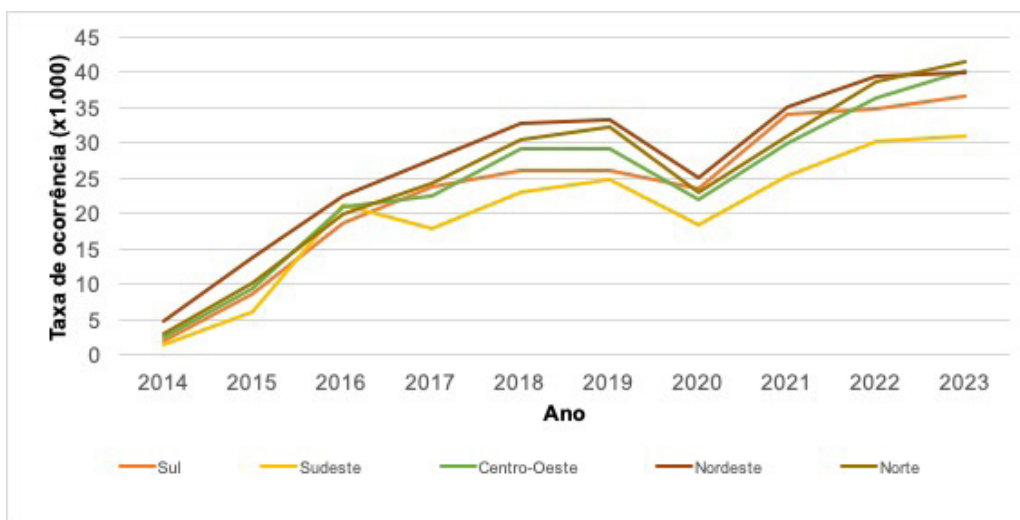


Figura 3. Série temporal da taxa de ocorrência anual de notificação da dor de dente na Atenção Primária à Saúde por região geográfica brasileira entre 2014-2023. Os dados do Distrito Federal não estão inclusos na região Centro-Oeste nos anos de 2014 e 2015, uma vez que não são apresentados no Sistema de Informação.
Fonte: Ministério da Saúde⁹, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹⁰.

de ocorrências. Embora o SISAB tenha começado a substituir o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) a partir da Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, foi em janeiro de 2016 que a transição se consolidou¹⁷. A partir dessa data foi efetivada a Portaria nº 1.113 de 31, de julho de 2015¹⁸, que tornou obrigatório o envio de dados exclusivamente pelo SISAB, que passou a ser o sistema de informação oficial da APS, essencial para fins de financiamento e adesão aos programas da Política Nacional de Atenção Básica. Nesse contexto, o Ministério da Saúde determinou que as Unidades Básicas de Saúde adotassem o sistema e-SUS APS, utilizando o CDS, o PEC ou aplicativos móveis. O não cumprimento dessa exigência acarretaria a perda de repasses do SUS para a Atenção Básica¹⁹. Esse processo pode ter incentivado a adoção de recursos tecnológicos, melhorias na conexão e capacitação das equipes, contribuindo para o aumento das notificações no SISAB.

O aumento no número de casos notificados de dor de dente ao longo do tempo também pode estar relacionado à expansão das equipes de saúde bucal. Um estudo mostrou que a cobertura de saúde bucal na APS cresceu mais do que a população no mesmo período²⁰. Isso significa que o aumento da cobertura levou a mais atendimentos. Embora a expansão tenha ocorrido principalmente entre as equipes de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família, incluindo uma população historicamente excluída, é importante considerar que muitos buscam o serviço em situações de dor^{3,16}.

As dificuldades de acesso e a alta demanda para consultas odontológicas e procedimentos preventivos ou tratamentos iniciais podem levar à procura por atendimentos de urgência ou emergência³. Um estudo apontou que, entre 2008 e 2018, houve uma tendência de redução na realização de ações coletivas, preventivas individuais, restaurações e exodontias no SUS, enquanto os procedimentos protéticos apresentaram aumento²¹. Esses dados reforçam a necessidade de repensar a lógica de atenção, indo além da simples expansão quantitativa e focando também na melhoria da qualidade e da resolutividade dos serviços do SUS.

No presente estudo observou-se que apenas em 2020 houve redução no número de casos notificados de dor de dente no Brasil, tanto nas regiões geográficas quanto nas unidades federativas. Esse dado está alinhado com o impacto da pandemia de COVID-19 na produção, provisão e atendimento odontológico, inclusive na APS²².

Embora o atendimento odontológico durante a pandemia tenha sido restrito a casos de urgência ou emergência, incluindo dor de dente, outros fatores reduziram ainda mais a capacidade de atendimento. Entre esses fatores estão o afastamento de profissionais por risco ou contaminação, a relocação para a linha de frente, a escassez de materiais, a diminuição da capacidade de atendimento devido ao distanciamento físico e ao aumento do intervalo entre consultas, além da criação de pontos de atendimento mais distantes^{22,23}. Esses elementos provavelmente influenciaram a decisão de muitos usuários de não buscar o serviço público no primeiro ano da pandemia. Além disso, o impacto foi variável entre as localidades, devido ao retorno gradual das atividades, que dependia das decisões dos gestores de saúde locais, baseadas no quadro epidemiológico de cada região²⁴.

O presente estudo observou que as maiores taxas de notificação de dor de dente ocorreram nas regiões Norte e Nordeste, destacando-se os estados do Acre (AC), Alagoas (AL), Rio Grande

do Norte (RN) e Tocantins (TO). Em contrapartida, as menores taxas foram registradas em estados como Rondônia (RO), Roraima (RR), Rio de Janeiro (RJ) e no Distrito Federal (DF). É importante notar que o DF não divulgou dados nos primeiros dois anos da análise, o que pode ter gerado subnotificação para o Centro-Oeste. Além disso, a região Centro-Oeste foi a que menos expandiu suas equipes de saúde bucal, conforme apontado por outro estudo⁶.

As desigualdades entre as unidades federativas brasileiras podem ser explicadas por diversos fatores geográficos, econômicos, sociais, culturais e políticos. O formato tripartite de financiamento e gestão do SUS também contribui para essa variação, pois a adesão às políticas do Ministério da Saúde depende da capacidade de gestão local e das contrapartidas financeiras e formativas municipais e estaduais^{25,26}. Nesse contexto, a vigilância em saúde desempenha um papel importante na redução dessas desigualdades, conforme evidenciado pelos indicadores.

Quanto às regiões geográficas, o Norte e o Nordeste apresentaram as maiores taxas de notificação de dor de dente, enquanto o Sul e o Sudeste registraram as menores. Essa disparidade pode estar ligada tanto à disponibilidade de serviços quanto às condições epidemiológicas mais desfavoráveis em áreas de maior vulnerabilidade socioeconômica, como o Nordeste, que tem as maiores taxas de ocorrência. Embora o Nordeste tenha a maior cobertura populacional de equipes de saúde bucal na APS vinculadas à ESF, a região também enfrenta as maiores necessidades em saúde bucal, devido a maior dependência do SUS, alta demanda epidemiológica e condições socioeconômicas precárias²⁷. Isso destaca a importância de estratégias específicas para ampliar o acesso e atender adequadamente essa população.

Por outro lado, o Sudeste, apesar de ter baixa cobertura da ESF²⁸, apresenta as menores taxas de notificações e maior prevalência de equipes de saúde bucal que realizam procedimentos preventivos, em conformidade com o modelo sanitista que visa o bem-estar da população²⁹. A região também possui um alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e melhores condições socioeconômicas, em contraste as regiões Norte e Nordeste, onde as condições socioeconômicas são mais desfavoráveis. Essa disparidade evidencia como as desigualdades socioeconômicas refletem diretamente em desigualdades de saúde³⁰.

A literatura mostra que o SUS ainda está influenciado por um modelo curativista-biomédico, que reduz o processo saúde-doença a uma perspectiva predominantemente fisiológica³¹. Isso evidencia a necessidade de repensar o modelo de cuidado em saúde bucal oferecido. Como indicam os resultados deste estudo, a intencionalidade da ESF como forma de reorganização do modelo de atenção, com foco na prevenção e promoção da saúde, não está sendo plenamente atendida. Mesmo em regiões ou UFs com ampla cobertura da ESF observou-se elevado número de pessoas com dor de dente, sugerindo que o sistema está atuando de forma mais curativa do que preventiva. Isso revela uma falta de resolutividade, ao tratar apenas a doença e não considerar o usuário de forma integral.

Este estudo possui limitações por se tratar de uma pesquisa com dados secundários, disponibilizados pelo Ministério da Saúde, com informações disponíveis limitadas. Embora os resultados tenham abrangência nacional, não há certeza sobre o processo de capacitação dos profissionais para seu correto preenchimento,

principalmente porque os indicadores de vigilância em saúde não são de preenchimento obrigatório, e por isso os dados podem apresentar subnotificação.

Além disso, esta pesquisa utilizou dados provenientes de prontuários eletrônicos preenchidos por cirurgiões-dentistas vinculados às equipes de saúde bucal, considerando apenas usuários da APS do SUS que buscaram atendimento odontológico. Dessa forma, excluiu-se informações sobre indivíduos que não foram atendidos ou que procuraram outros tipos de serviços públicos, como Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) ou Unidades Hospitalares. Apesar dessa limitação, este estudo ofereceu um panorama valioso da vigilância da dor de dente na APS e destacou a importância de incorporar novas fontes de dados e pontos de atenção que atendam essa condição.

É importante ressaltar que os dados sobre dor de dente são extremamente relevantes para a vigilância da saúde bucal da população, pois fornecem informações cruciais para avaliar a estrutura organizacional da APS. Além disso, esses dados podem contribuir para a implementação de novas políticas de saúde, considerando fatores contextuais que afetam a qualidade de vida da população, como aspectos socioeconômicos e comportamentais relacionados à saúde bucal e geral. Isso fortalece as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos. No entanto, estudos futuros podem avaliar com maior precisão a implantação da política pública de saúde bucal na perspectiva da vigilância em saúde da dor dentária.

CONCLUSÃO

A taxa de dor de dente apresentou alta ocorrência no Brasil e houve um aumento anual na notificação de casos na Atenção Primária à Saúde, exceto em 2020, decorrente da pandemia de COVID-19.

Em relação às unidades federativas e regiões geográficas brasileiras, são evidentes as disparidades, sendo as taxas menores entre UFs nas regiões Sul e Sudeste, e as maiores nas regiões Norte e Nordeste.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
2. Bastos LMC, Guaitolini AF, Aguiar AD, Rocha RPO, Barros Miotto MHM. Epidemiologia das perdas dentárias e expectativa de reposição protética em adultos e idosos. *Rev Enfermagem Atual In Derme*. 2023;98(1):e00234257.
3. Silva MF Jr, Batista MJ, Sousa MLR. Correction: risk factors for tooth loss in adults. A population-based prospective cohort study. *PLoS One*. 2019;14(12):e0226794. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0226794>. PMID:31841552.
4. Cayetano MH, Carrer FCA, Gabriel M, Martins FC, Pucca GA Jr. Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): um resgate da história, aprendizados e futuro. *Univ Odontol*. 2019;38(80):1-23. <http://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-80.pnsb>.
5. Silva NCGBS, Rocha MP, Aragão GCA, Feres ABS, Marques TB, Silva EBS. Inclusão da Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família: dificuldades e potencialidades / inclusion of oral health in the family health strategy. *Id On Line Rev Psicol*. 2019;13(48):243-53. <http://doi.org/10.14295/online.v13i48.2158>.
6. Pucca GA Jr, Gabriel M, Paludetto M Jr, Lucena EHG, Melo NS. Acesso e cobertura populacional à saúde bucal após a implementação da política nacional de saúde bucal “Brasil Sorridente”. *Tempus*. 2020;14(1):29-43.
7. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf Epidemiol. Sus*. 1998;7(2):7-28. <http://doi.org/10.5123/S0104-16731998000200002>.
8. Diniz FC. Vigilância da dor de dente no Brasil: um estudo a partir dos dados do SISAB [monografia]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2023 [citado 2024 abr 30]. <http://hdl.handle.net/1843/61316>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. Versão 2.1.240516. Brasília: Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde; 2024 [citado 2024 abr 30]. <https://sisab.saude.gov.br/>
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população. Rio de Janeiro: IBGE; 2024 [citado 2024 abr 30]. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico. Rio de Janeiro: IBGE; 2024 [citado 2024 abr 30]. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/%2022827-censo-demografico-2022.html>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação Geral de Informação da Atenção Primária à Saúde. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB. Nota técnica explicativa: relatório de validação. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado 2024 maio 15]. https://sisab.saude.gov.br/resource/file/nota_tecnica_relatorio_validacao_210219.pdf
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação Geral de Informação da Atenção Primária à Saúde. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB. Nota técnica explicativa: relatório de saúde (produção). Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado 2024 maio 15]. https://sisab.saude.gov.br/resource/file/nota_tecnica_relatorio_saude_producao_210802.pdf
14. Hugo FN, Bailey JA, Stein C, Cunha AR, Iser BPM, Malta DC, Giordani JMA, Hilgert JB, Abreu LG, Kassebaum NJ. Prevalence, incidence, and years-lived with disability due to oral disorders in Brazil: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2022;55(Suppl 1):e0284. <http://doi.org/10.1590/0037-8682-0284-2021>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
16. Silva-Junior MF, Sousa ACC, Batista MJ, Sousa MDLR. Condição de saúde bucal e motivos para extração dentária entre uma população de adultos (20-64 anos). *Cien Saude Colet*. 2017;22(8):2693-702. <http://doi.org/10.1590/1413-81232017228.22212015>. PMID:28793083.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). *Diário Oficial da União*; Brasília; 2013.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.113, de 31 de julho de 2015. Altera o prazo do envio obrigatório ao SISAB para a partir de janeiro de 2016. *Diário Oficial da União*; Brasília; 2015.
19. Barbosa DV, Nóbrega WFS, Silva GCBD, Melo Neto OM, Feitosa FSQ. Prontuário eletrônico do cidadão: aceitação e facilidade de uso pelos cirurgiões-dentistas da atenção básica. *Arch Health Invest*. 2020;9(5):414-9. <http://doi.org/10.21270/archi.v9i5.4795>.
20. Santos PO, Pereira PPS, Pontes DO, Almeida RMF, Sabini AAC, Dias AGA. Cobertura de saúde bucal no Brasil, região Norte e Rondônia de 2010 a 2020: Saúde bucal no Brasil: 2010 a 2020. *Rev Bras Prom Saúde*. 2023;36:9. <http://doi.org/10.5020/18061230.2023.14007>.
21. Souza GCA, Mourão SA, Emiliano GBG. Série temporal da produção odontológica no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2008-2018. *Epidemiol Serv Saude*. 2022;31(1):e2021213. <http://doi.org/10.1590/s1679-49742022000100007>. PMID:35319645.
22. Chisini LA, Costa FS, Sartori LRM, Corrêa MB, D'Avila OP, Demarco FF. COVID-19 pandemic impact on Brazil's Public Dental System. *Braz Oral*

- Res. 2021;35:e082. <http://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0082>. PMID:34287465.
23. Danigno JF, Echeverria MS, Tillmann TFF, Liskoski BV, Silveira MGSES, Fernandez MDS, Silva NRJD, Laroque MB, Silva AER. Fatores associados à redução de atendimentos odontológicos na Atenção Primária à Saúde no Brasil, com o surgimento da COVID-19: estudo transversal, 2020. *Epidemiol Serv Saude*. 2022;31(1):e2021663. <http://doi.org/10.1590/s1679-49742022000100015>. PMID:35544869.
 24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Guia de orientações para atenção odontológica no contexto da Covid-19. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. 84 p.
 25. Albuquerque MV, Viana ALA, Lima LD, Ferreira MP, Fusaro ER, Iozzi FL. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Cien Saude Colet*. 2017;22(4):1055-64. <http://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26862016>. PMID:28444033.
 26. Amorim DA, Mendes A. Financiamento federal da atenção básica à saúde no SUS: uma revisão narrativa. *J Manag Prim Health Care*. 2020;12:1-20. <http://doi.org/10.14295/jmphc.v12.970>.
 27. Rocha ES, Gomes AA, Santos LGS, Ribeiro FP, Silva APB, Lima DM. A evolução da cobertura do número de equipes de saúde bucal nos estados do Nordeste do Brasil. *Res Soc Develop*. 2022;11(7):e14311729703. <http://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.29703>.
 28. Gomes CBS, Gutiérrez AC, Soranz D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. *Cien Saude Colet*. 2020;25(4):1327-38. <http://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019>.
 29. Martins PHS, Amaral OL Jr, Faustino-Silva DD, Torres LHN, Unfer B, Giordani JMA. Desigualdades na distribuição das equipes de saúde bucal no Brasil. *Stomatos* [revista eletrônica]. 2017 [citado 2024 maio 15];21(45):4-13 [citado 2024 jul 9]. <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/5wvck>
 30. Pinho JRO, Souza TC, Bôas MDV, Marques PC, Neves PAM. Evolução da cobertura das equipes de saúde bucal nas macrorregiões brasileiras. *Rev Assoc Paul Cir Dent* [revista eletrônica]. 2015 [citado 2024 maio 15];69(1):80-95. http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-52762015000100013
 31. Sousa C, Fenandes VC. Aspectos históricos da saúde pública no Brasil: revisão integrativa da literatura. *J Manag Prim Health Care*. 2020;12:1-17. <http://doi.org/10.14295/jmphc.v12.579>.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Letícia Araújo Moncôrvo Lima: Coleta de Dados, Conceitualização, Redação - Revisão e Edição

Anny Karlen Brito da Silva: Metodologia, Redação - Preparação do Original, Redação - Revisão e Edição

Alcir José de Oliveira-Júnior: Conceitualização, Gerenciamento do Projeto, Redação - Revisão e Edição

Temístocles Damasceno Silva: Conceitualização, Metodologia, Redação - Revisão e Edição

Haroldo José Mendes: Gerenciamento do Projeto, Redação - Revisão e Edição, Supervisão

Manoelito Ferreira Silva-Junior: Análise Estatística, Coleta de Dados, Conceitualização, Metodologia, Redação - Preparação do Original, Redação - Revisão e Edição, Supervisão