

Carla Rafaela Gomes da Silva

**Avaliação da implementação das ações da Política Nacional de  
Saúde Bucal – Brasil Sorridente no contexto do Estado do  
Amazonas**

Manaus

2025

Carla Rafaela Gomes da Silva

**Avaliação da implementação das ações da Política Nacional de Saúde Bucal –  
Brasil Sorridente no contexto do Estado do Amazonas**

Dissertação apresentada, como requisito parcial  
para obtenção do título de Mestre, ao Programa  
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da  
Universidade do Estado do Amazonas.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Shirley Maria de Araújo Passos

Manaus  
2025

## Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
**Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade do Estado do Amazonas.**

S586a

Silva, Carla Rafaela Gomes da

Avaliação da implementação das ações da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente no contexto do Estado do Amazonas / Carla Rafaela Gomes da Silva . Manaus : [s.n], 2025.

161 f.: color.; 21,0 cm.

Dissertação - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC- Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2025.

Inclui Bibliografia.

Inclui Apêndice.

Inclui Anexo.

Orientador: Passos, Shirley Maria de Araújo.

1. Saúde bucal. 2. Políticas de saúde. 3. Saúde Pública. 4. Odontologia em saúde pública. I. Passos, Shirley Maria de Araújo (Orient.) II. Universidade do Estado do Amazonas. III. Título

CDU(1997)614(043.3)



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS**

**ATA DA DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DO MESTRADO**

Aos 26 dias do mês de setembro de 2025, às 08h:30min, de forma híbrida, ocorreu a sessão da Defesa de Dissertação do Mestrado, cujo título da dissertação é: “Avaliação da implementação das ações da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente no contexto do Estado do Amazonas”, apresentada por **Carla Rafaela Gomes da Silva**, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Shirley Maria de Araújo Passos. A apresentação do trabalho foi realizada em sessão pública, compreendendo exposição da discente em um tempo de 30 a 40 minutos, seguida de arguição pelos examinadores. Ao término dos trabalhos, em sessão secreta, os examinadores exararam seus pareceres, a seguir discriminados:

Prof.<sup>a</sup> Dra. Shirley Maria de Araújo Passos – Orientadora



Documento assinado digitalmente  
**SHIRLEY MARIA DE ARAUJO PASSOS**  
Data: 06/10/2025 19:02:28-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Aprovada ( ) Reprovada

Assinatura.....

Prof.<sup>a</sup> Dra. Angela Xavier Monteiro – Membro Titular



Documento assinado digitalmente  
**ANGELA XAVIER**  
Data: 26/09/2025 13:49:07-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Aprovada ( ) Reprovada

Assinatura.....

Prof. Dr. Rodrigo Tobias de Sousa Lima – Membro Titular



Documento assinado digitalmente  
**RODRIGO TOBIAS DE SOUSA LIMA**  
Data: 26/09/2025 14:51:21-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Aprovada ( ) Reprovada

Assinatura.....

**Parecer Final:**

Aprovada ( ) Reprovada

Proclamados os resultados, foram encerrados os trabalhos e, para constar, eu, Prof.<sup>a</sup> Dra. Shirley Maria de Araújo Passos, presidente da sessão, lavrei a presente ata, que assino juntamente com os demais membros da banca examinadora e remeto à coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas.

Manaus, 26 de setembro de 2025.

## DEDICATÓRIA

A Deus, por sustentar meus passos e fortalecer minha caminhada. À minha mãe, Edileuza Gomes, por todo amor, apoio e ensinamentos que me trouxeram até aqui. Ao meu irmão, Eduardo Gomes, pelo companheirismo de sempre. Aos amigos que estiveram ao meu lado durante o mestrado, compartilhando desafios e conquistas desse percurso. Dedico.

## AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus pela inspiração, força e perseverança ao longo da caminhada, por ter me sustentado diante dos desafios e por ter guiado cada etapa até este momento.

Agradeço, com todo meu amor e carinho, à minha família por serem a base da minha vida, meu porto seguro nas tempestades e alegria nos dias bons. Obrigada por me incentivarem, por acreditarem em mim e estarem ao meu lado em cada nova jornada que decido iniciar. Sei que nunca foi fácil, mas mesmo diante das dificuldades, vocês nunca deixaram de me estender a mão e me apoiar. Sem esse apoio, sem os conselhos e o carinho de vocês, nada disso teria sido possível. Cada conquista minha carrega um pedaço do esforço, da paciência e do amor de vocês. Obrigada por sonharem juntos e por tornarem meus sonhos possíveis.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dra. Shirley Passos, por toda orientação e dedicação nessa caminhada, por ter sido palavras apoio quando necessário, encorajamentos nos momentos difíceis, sempre com um afago maternal que cativa a todos os seus alunos. Agradeço por ser uma mulher forte, iluminada, capaz de impulsionar todos que dela se aproximam. Agradeço por toda a inspiração que me foi capaz de transmitir desde os anos da graduação até o momento do mestrado. Agradeço por sua luz ter refletido em mim, e espero que possa refletir em muitos outros alunos que vierem depois de mim.

Às amigas que a caminhada no mestrado me presenteou, obrigada por serem minha rede de apoio. À Larissa Regis, Ellen Silveira, Rebeca Arce e Camila Albuquerque minha gratidão por caminharem comigo desde o início, pela companhia nos congressos, pelas conversas sinceras e por serem calma e incentivo sempre que eu precisei.

Ao Keven Cosme e a Tânia Libório, meus “irmãos mais velhos” de orientação, agradeço pelo acolhimento e pelo apoio constante desde minha chegada ao programa de Pós-Graduação.

Aos amigos Daniel Henrique, Lucas Neves, Vitória Leão, Leonardo Holanda e Sarita Rodrigues, minha gratidão pela amizade de sempre.

Aos amigos que atuaram comigo nas atividades do Projeto de Extensão Crescendo sem Cárie, agradeço pela colaboração e empenho nas ações desenvolvidas nas creches.

Às Secretarias Municipais de Saúde que aceitaram participar desta pesquisa, contribuindo para o fortalecimento da saúde bucal no Estado.

Aos Cirurgiões dentistas que gentilmente dedicaram seu tempo para responder a esta pesquisa, cuja a colaboração foi essencial para a construção deste trabalho.

À Coordenação do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC-UEA), na pessoa da Profª Dra. Alessandra Valle Salino, pelo comprometimento e dedicação à condução do programa.

Ao corpo docente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC-UEA), pelo compromisso com a formação dos discentes e pela qualidade do ensino, muito obrigada, aprendi muito com vocês!

À secretaria do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, na figura de Nichole Oliveira e Gabriel Silva, pelo apoio constante ao longo do curso, pela agilidade nas comunicações e por manterem os discentes sempre informados quanto aos prazos e às demandas do programa.

Aos membros titulares da banca examinadora, Profª Dra. Angela Xavier, Prof. Dr. Rodrigo Tobias, e aos membros suplentes Profª Dra. Joana Carneiro, Prof. Dr. Fernando Herkrath e Profª Dra. Priscilla Naiff, meu agradecimento por aceitarem participar e pelo tempo dedicado à avaliação desta dissertação.

À Universidade do Estado do Amazonas (UEA) por ofertar o Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) e incentivar a produção científica voltada as necessidades locais, fortalecendo pesquisas em saúde no contexto amazônico.

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas (FAPEAM), a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio a pesquisa ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEA, fundamental durante a condução desta pesquisa.

Consagre ao senhor tudo o que você faz, e os seus planos serão bem sucedidos.

*(Bíblia Sagrada, Provérbios 16:3)*

## RESUMO

GOMES-SILVA, Carla Rafaela. **Avaliação da implementação das ações da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente no contexto do Estado do Amazonas**. 2025. 161f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2024.

Esta pesquisa objetivou avaliar a orientação da saúde bucal através das ações da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente no contexto do Estado do Amazonas. Além disso, buscou avaliar a cobertura de saúde bucal e o acesso aos serviços odontológicos, analisar os dados relacionados ao crescimento das equipes de saúde bucal e aos serviços odontológicos prestados à população do Estado e avaliar o acesso e a resolutividade dos serviços odontológicos na atenção primária e especializada nas regionais de saúde Purus e Juruá. Tratou-se de um estudo retrospectivo e descritivo, com abordagem quantitativa. Foram utilizadas fontes de dados primários e secundários. Os dados primários foram coletados por meio de um questionário com 16 perguntas fechadas, aplicado a cirurgiões-dentistas das regiões de saúde do Purus e Juruá. Os dados secundários foram extraídos através de sistemas de informação, compreendendo indicadores na Atenção Básica de cobertura da primeira consulta odontológica programática e de ação coletiva de escovação dental supervisionada, para avaliar a Atenção Especializada foi adotado os indicadores de número absoluto de procedimentos de tratamento periodontal, número de tratamento endodôntico, número de próteses dentárias realizadas. Os dados foram analisados por estatística descritiva e organizados em tabelas no Microsoft Excel®. Como principais achados, constatou-se a expansão das equipes de saúde bucal no Amazonas, com um crescimento de 532,69% entre 2004 e 2024, com aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família de 28,5% para 48,5%. No entanto, os indicadores de atenção básica sofreram queda acentuada a partir de 2015, com leve recuperação em 2023. A produção de próteses apresentou crescimento, mesmo que com oscilações, ao contrário dos procedimentos de periodontia e endodontia, que registraram redução nos últimos anos. A análise nas duas regiões de saúde evidenciou desigualdades, Purus apresentou acesso mais organizado (50,9% com atendimento programado) e maior resolutividade (62,2% com oferta de consulta especializada e 70,3% com apoio matricial), enquanto Juruá teve acesso mais fragmentado (60% por demanda espontânea), ausência de CEOs e baixa oferta de especialidades. Os resultados revelaram que, apesar dos avanços estruturais promovidos pela PNSB, ainda persistem desafios relacionados ao acesso, à continuidade do cuidado e à resolutividade dos serviços odontológicos no estado do Amazonas. Reforça-se a necessidade de estudos contínuos de monitoramento da Política Nacional de Saúde Bucal, considerando as diferentes especificidades regionais.

Palavras-chave: Saúde bucal. Políticas de saúde. Saúde pública. Odontologia em saúde pública.

## ABSTRACT

GOMES-SILVA, Carla Rafaela. **Evaluation of the implementation of the actions of the National Oral Health Policy – Smiling Brazil in the context of the State of Amazonas.** 161f. Master's Thesis (Master's in Public Health) – University of the State of Amazonas, Manaus, 2025.

This study aimed to evaluate oral health guidance through the actions of the National Oral Health Policy (Smiling Brazil) in the state of Amazonas. It also sought to assess oral health coverage and access to dental services, analyze data related to the growth of oral health teams and dental services provided to the state's population, and assess access to and resolution of dental services in primary and specialized care in the Purus and Juruá health regions. This was a retrospective, descriptive study with a quantitative approach. Primary and secondary data sources were used. Primary data were collected through a questionnaire with 16 closed-ended questions administered to dentists in the Purus and Juruá health regions. Secondary data were extracted through information systems, including Primary Care indicators of coverage of the first programmatic dental appointment and collective supervised toothbrushing action. To evaluate Specialized Care, the indicators adopted were the absolute number of periodontal treatment procedures, the number of endodontic treatments, and the number of dental prostheses performed. The data were analyzed using descriptive statistics and organized into tables in Microsoft Excel®. The main findings were the expansion of oral health teams in Amazonas, with a 532.69% growth between 2004 and 2024, with an increase in Family Health Strategy coverage from 28.5% to 48.5%. However, primary care indicators declined sharply starting in 2015, with a slight recovery in 2023. Prosthesis production showed growth, albeit with fluctuations, unlike periodontal and endodontic procedures, which have declined in recent years. The analysis of the two health regions revealed inequalities. Purus presented more organized access (50.9% with scheduled appointments) and greater resolution (62.2% with specialized consultations and 70.3% with matrix support), while Juruá had more fragmented access (60% through spontaneous demand), a lack of CEOs, and a low number of specialties. The results revealed that, despite the structural advances promoted by the PNSB, challenges related to access, continuity of care, and the resolution of dental services in the state of Amazonas persist. This reinforces the need for ongoing studies to monitor the National Oral Health Policy, considering the different regional specificities.

Keyword: Oral Health. Health Policy. Public Health. Public Health Dentistry.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa das regiões de saúde, agrupadas por municípios .....	42
Figura 2 - Municípios da Regional de saúde do Purus.....	60
Figura 3 - Municípios da Regional de saúde do Juruá. ....	60

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Número de equipes de saúde bucal no Estado do Amazonas no período de 2004 a 2024 .....	69
---	----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Número de Cirurgiões Dentistas (CD), população e razão CD/habitantes nas regiões e Estados brasileiros. Brasil, 2024.....	30
Quadro 2 - Distribuição do índice CPO por regiões no período de 1986; 1996; 2003, 2010 e 2023 na faixa etária de 12 anos.....	33
Quadro 3 – Marcos históricos antes da implantação da Política Nacional de Saúde Bucal...36	
Quadro 4 - Marcos históricos após a da implantação da Política Nacional de Saúde Bucal. 37	
Quadro 5 - Distribuição dos Municípios do Estado do Amazonas/AM por regiões de saúde.41	
Quadro 6 - Distribuição dos Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) por regiões de saúde no Estado no Amazonas, no ano de 2024.....	45
Quadro 7 - Descrição dos componentes da PNSB analisados no estudo e respectivas fontes dos dados.....	55
Quadro 8 - Blocos do questionário dirigido aos dentistas.....	57

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de profissionais da Odontologia nos Estados do Brasil cadastrados no Conselho Federal de Odontologia, 2024. ....	28
Tabela 2 – Número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) vinculados a Estratégia Saúde da Família (ESF), nos municípios do Estado do Amazonas, 2024. ....	46
Tabela 3 - Equipes de Saúde Bucal dos municípios da Regional Purus credenciadas pelo Ministério da Saúde (MS) e o tamanho Amostral para cada município da Regional Purus. ....	62
Tabela 4 - Equipes de Saúde Bucal dos municípios da Regional Purus credenciadas pelo Ministério da Saúde (MS) e o tamanho Amostral para cada município da Regional Purus. ....	62
Tabela 5: Cobertura de Saúde Bucal dos municípios da Regional Purus.....	66
Tabela 6: Cobertura de Saúde Bucal dos municípios da Regional Juruá .....	67
Tabela 7: Tabela 7: Histórico de equipes e da cobertura de saúde bucal no Amazonas (2004-2024) .....	68
Tabela 8: Número de primeira consulta odontológica, cobertura da primeira consulta odontológica (%), número de ação coletiva de escovação dental supervisionada, cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada (%), no Amazonas entre 2004-2024.....	71
Tabela 9: Tratamentos endodônticos realizados no Estado do Amazonas entre os anos de 2004-2024 .....	73
Tabela 10: Estratificação dos tipos de tratamentos endodônticos realizados no Estado do Amazonas entre os anos de 2004-2024.....	74
Tabela 11: Produção mensal de próteses totais maxilares e mandibulares realizadas no Estado do Amazonas entre os anos de 2004-2024 .....	76
Tabela 12: Produção mensal de próteses totais maxilares realizadas no Estado do Amazonas entre os anos de 2004-2024.....	78
Tabela 13: Produção mensal de próteses totais mandibulares realizadas no Estado do Amazonas entre os anos de 2004-2024.....	79

Tabela 14: Produção anual (%) de próteses totais maxilares mandibulares realizadas no Estado do Amazonas entre os anos de 2004-2024 .....	81
Tabela 15: Produção anual de tratamentos periodontais realizados no Estado do Amazonas entre os anos de 2004-2024.....	83
Tabela 16: Produção mensal de enxerto gengival no Estado do Amazonas entre os anos de 2004-2024 .....	84
Tabela 17: Produção mensal de gengivoplastias e gengivectomias realizados no Estado do Amazonas entre os anos de 2004-2024.....	86
Tabela 18: Produção mensal de tratamento cirúrgico periodontal no Estado do Amazonas entre os anos de 2004-2024.....	88
Tabela 19: Produção anual (%) de tratamentos periodontais realizados no Estado do Amazonas entre os anos de 2004-2024.....	89
Tabela 20: Caracterização da organização da agenda e oferta de ações da equipe na regional em saúde do Purus - Estado do Amazonas.....	91
Tabela 21: Caracterização da relação da ESB com outros pontos da rede de atenção de saúde da regional do Purus - Estado do Amazonas.....	93
Tabela 22: Caracterização do apoio matricial à equipe de saúde bucal da regional do Purus - Estado do Amazonas.....	94
Tabela 23: Caracterização da organização da agenda e oferta de ações da equipe na regional em saúde do Juruá - Estado do Amazonas .....	95
Tabela 24: Caracterização da relação da ESB com outros pontos da rede de atenção de saúde da regional do Juruá - Estado do Amazonas .....	96
Tabela 25: Caracterização do apoio matricial à equipe de saúde bucal da regional do Juruá - Estado do Amazonas .....	98

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AE	Atenção Especializada
APD	Auxiliares de Prótese Dentária
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliares em Saúde Bucal
CD	Cirurgião Dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CFO	Conselho Federal de Odontologia
COVID-19	Coronavirus disease 19 ou doença do coronavírus 19
CPO	Cariados, Perdidos e Obturados
eSB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LRPD	Laboratórios Regionais de Prótese Dentária
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa Saúde da Família

RS	Região de Saúde
SB	Saúde Bucal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TPD	Técnicos em Prótese Dentária
TSB	Técnicos em Saúde Bucal
UOM	Unidade Odontológica Móvel

## LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentagem
Km <sup>2</sup>	Quilômetro quadrado
Hab	Habitantes
n°	Número
R\$	Real
VI	Seis em algarismos romanos
+	Mais
-	Menos
=	Igual

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	21
<b>1. OBJETIVOS</b> .....	26
1.1 Objetivo geral: .....	26
1.2 Objetivos específicos: .....	26
<b>2. REFERENCIAL TEORICO</b> .....	27
2.1 Saúde Bucal no Brasil .....	27
2.2 Organização do Sistema de Saúde no Amazonas .....	39
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	50
3.1 Delineamento da pesquisa.....	50
3.2 Cenário da Pesquisa .....	51
3.2.1 <u>Regional em Saúde Purus</u> .....	52
3.2.2 <u>Regional em Saúde Juruá</u> .....	52
3.3 Coleta de Dados .....	53
3.3.1 <u>Primeira Etapa: coleta de indicadores de saúde bucal na Atenção Básica e Especializada</u> .....	54
3.3.2 <u>Segunda Etapa: abordagem dos participantes e aplicação dos questionários</u> .....	56
3.3.3 <u>Amostra</u> .....	59
3.3.4 <u>Critérios de Inclusão e Exclusão</u> .....	62
3.4 Análise de Dados.....	63
3.5 Preceitos Éticos.....	63
3.6 Limitações do Estudo .....	64
3.7 Riscos e Benefícios .....	64
<b>4. RESULTADOS</b> .....	66
4.1 Caracterização da cobertura de saúde bucal em duas regiões de saúde do Amazonas: Juruá e Purus .....	66
4.2 Cobertura populacional e expansão das equipes de saúde bucal no Amazonas (2004-2024) .....	67
4.3 Evolução dos Indicadores de saúde bucal na Atenção Básica no Estado do Amazonas (2004-2024).....	70
4.4 Evolução dos Indicadores de saúde bucal na Atenção Especializada no Estado do Amazonas (2004-2024).....	72
4.4.1 <u>Produção anual de tratamentos endodônticos</u> .....	72
4.4.2 <u>Produção anual de próteses dentárias</u> .....	75

4.4.3	<u>Produção anual de tratamentos periodontais</u> .....	82
4.4	<b>Avaliação do acesso e a resolutividade dos serviços odontológicos na atenção primária e especializada nas regionais em saúde Purus e Juruá do Estado do Amazonas</b> .....	90
5.	<b>DISCUSSÃO</b> .....	99
5.1	<b>Panorama da cobertura de saúde bucal e oferta de serviços odontológicos no Amazonas (2004-2024)</b> .....	99
5.2	<b>Acesso aos serviços odontológicos nas regionais em saúde Purus e Juruá do Estado do Amazonas</b> .....	113
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	118
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	120
	<b>APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)</b> .....	129
	<b>APÊNDICE B - Modelo da carta de Anuência</b> .....	133
	<b>ANEXO A – Questionário – entrevista com dentistas</b> .....	134
	<b>ANEXO B – Anuência dos municípios</b> .....	139
	<b>ANEXO C – Parecer consubstanciado do CEP</b> .....	149
	<b>ANEXO C – Certificado de Resumo apresentado no 5º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde, realizado em Fortaleza no período de 03 a 06 de novembro de 2024</b> .....	160
	<b>ANEXO D – Comprovação de submissão de artigo científico</b> .....	161

## INTRODUÇÃO

As políticas de saúde bucal foram traduzidas em ações do Estado e reconhecidas pelo poder público a partir do momento em que houve o reconhecimento de medidas específicas para tratar problemas que já não encontravam soluções existentes. A construção social dos problemas de saúde bucal como problemas sociais visam identificar e definir a tomada de posição do Estado, que demandem a implementação de políticas (Rossi, 2018).

A inclusão do processo político na Agenda governamental surge quando há a definição do problema como prioridade, o problema disputa a atenção junto com vários outros demais problemas e é então priorizado em uma janela de oportunidade. A Agenda responderá um conjunto de problemas sociais que foram definidos como prioridades, sendo objetos de decisão política. A estatística e a epidemiologia, são instrumentos utilizados para enfatizar e legitimar a construção social do problema que entra na Agenda decisória governamental (Chaves, 2016).

No Brasil em 1986 foi realizado o primeiro Inquérito Nacional em Saúde Bucal, executado em 16 capitais e cobrindo apenas as zonas urbanas, a não cobertura da zona rural foi justificada devido a dispersão populacional e os custos que seriam necessários para cobrir tais áreas. Teve como objetivo conhecer os níveis de prevalência dos principais problemas odontológicos, fornecendo subsídios para um programa nacional de saúde bucal (Brasil, 1988). Esse inquérito demonstrou um índice CPO aos 12 anos de idade de 6,7, o que representava praticamente sete dentes afetados pela cárie, sendo a maior parte desses ainda não tratados. As conclusões dos levantamentos epidemiológicos mais recentes em âmbito nacional (1986, 1996, 2003, 2010, 2023) apontam que a perda prematura de dentes é uma questão de grande magnitude, e a falta de dentes, conhecida como edentulismo, permanece como um desafio contínuo no cenário da saúde pública brasileira (Brasil, 2018).

O levantamento epidemiológico mais recente, SB Brasil 2023, aponta avanços na redução da cárie dentária nas crianças, mas também evidencia a permanência de desigualdades regionais. Aos 12 anos de idade, a média nacional do índice CPO-D

foi de 1,67, com predominância do componente cariado, que representou 61,82% do total. A Região Norte apresentou um dos maiores CPO-D do país, com média de 2,73. Entre as capitais brasileiras, Manaus foi a que apresentou o maior percentual de dentes perdidos nessa faixa etária 9,21%, perdendo apenas para Recife com 17,03%, revelando a persistência da perda precoce de dentes (Brasil, 2024).

A abordagem epidemiológica tem cada vez mais se dedicado à complexidade da saúde bucal da população do Brasil. Essa investigação ultrapassa a análise restrita da saúde bucal como uma questão individual e biológica, passando a considerar os determinantes sociais, econômicos, culturais e políticos envolvidos. As pesquisas epidemiológicas nacionais têm evidenciado as transformações na saúde bucal da população, registrando uma redução da ocorrência de cárie dentária. No entanto, ainda persiste uma alta incidência de cárie não tratada em crianças, revelando desigualdades persistentes entre diferentes regiões, municípios e grupos populacionais (Souza, 2021).

Com o intuito de expandir a saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi instituída em 2004 a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) - "Brasil Sorridente". A PNSB traz como pressupostos: Aprimorar a qualidade dos serviços prestados na Atenção Primária à Saúde (APS); Garantir uma rede de atenção básica articulada; Assegurar a abrangência das ações realizadas, articulando promoção, prevenção com o tratamento e recuperação da saúde bucal; Atuar com base na monitorização da saúde; planejar intervenções de acordo com os dados epidemiológicos e as informações territoriais; Além de proporcionar financiamento e estabelecer direcionamento para pesquisas a fim de embasar a prática com embasamento científico (Aquilante, 2015; Brasil, 2004).

Seguindo as orientações das Diretrizes da PNSB, o programa Brasil Sorridente é fundamentado na abrangência das intervenções em saúde bucal, articulando o âmbito individual com o coletivo, ao unir a promoção e prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da comunidade, garantindo também a assistência a qualquer cidadão em situações urgentes (Brasil 2004; Júnior, 2020). Em 2024 o programa Brasil Sorridente atingiu duas décadas desde a sua implantação e crescimento contínuo,

surgindo então a necessidade realizar uma análise dos indicadores que possam supervisionar a eficácia das iniciativas implementadas.

Um dos principais avanços no SUS foi a criação da PNSB em 2004, trazendo um novo cenário e abrindo novos horizontes para a abordagem dos cuidados em saúde bucal no Brasil. A proposta visou reestruturar o modelo de atendimento em saúde bucal e aumentar a disponibilidade de ações e serviços odontológicos, assegurando a manutenção da assistência e o fornecimento de cuidados abrangentes a indivíduos e suas famílias (Junior, *et al.* 2020).

Entre 2003 e 2006, foi observado um aumento tanto na disponibilidade quanto na potencial cobertura dos serviços. Essa situação se manteve estável nos períodos 2007-2010 e 2011-2014, porém, o contexto político tornou-se mais restritivo após o impeachment de 2016. Durante o Governo de 2016 a 2018, a instabilidade política e econômica, juntamente com medidas de contenção de gastos e a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que impôs limites e congelou os gastos públicos federais até 2036, impactaram diretamente no financiamento do SUS, abrangendo a PNSB (Santos, 2023; Chaves 2017; 2018; Rossi, 2019; Narvai, 2020).

Houve um declínio no aporte financeiro federal durante os anos de 2018-2019 (8,45%), com subsequente crescimento em 2020 (59,53%) e posterior redução em 2021 (5,18%). O período sob análise foi marcado por uma combinação de crises econômicas e políticas, intensificadas pela crise de saúde originada pela pandemia do COVID-19, esse cenário exerceu influência sobre o funcionamento dos serviços de saúde no Brasil (Santos, 2023).

Em 2023 após a mudança de governo, foi formalmente estabelecido o direito à saúde bucal para toda a população brasileira, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva sancionou a Lei nº 14.572 de 8 de maio de 2023, incorporando a saúde bucal à estrutura da Lei Orgânica da Saúde. Dessa maneira, a saúde bucal foi integrada permanentemente ao SUS como parte da política de Estado, retomando seu status como uma prioridade governamental central (Brasil, 2023).

Na ótica do processo saúde-doença-cuidado e na compreensão da influência de múltiplos fatores na prevalência de doenças bucais, é necessário entender não

apenas a relação entre fatores biológicos, socioeconômicos, culturais e sua influência nas condições bucais, mas também compreender os fatores ligados à disponibilidade, utilização e acesso aos serviços de saúde. Além disso, a investigação da atenção à saúde bucal é relevante, especialmente quando esta passa por mudanças estruturais e processuais, todas essas variáveis são fundamentais para guiar abordagens eficazes na promoção da saúde bucal e na melhoria dos serviços disponíveis (Souza, 2021).

Os progressos iniciais nas abordagens da saúde bucal, na primeira década do programa, estiveram concentrados em ações educativas, atividades de formação contínua e o estabelecimento de acolhimento, vínculo e responsabilização. No entanto, os principais desafios e dificuldades apresentadas foram relacionados à garantia da abordagem abrangente, à expansão e melhoria dos serviços, à promoção do trabalho colaborativo em equipe, ao planejamento, monitoramento e avaliação das iniciativas, assim como à melhoria das condições de trabalho, poucos estudos enfocaram no estímulo à participação popular e ao controle social, bem como as ações interdisciplinares (Scherer, 2015).

A presente pesquisa se debruça sobre a problemática de analisar a Política Nacional de Saúde Bucal no contexto do Estado Amazonas, compreendendo os avanços e desafios do programa Brasil Sorridente durante as duas décadas após sua implantação. Historicamente, a atenção à saúde bucal foi negligenciada pelas políticas de saúde pública, levando a um acesso desigual aos serviços odontológicos, principalmente para região Norte (Scarparo, 2015; Scherer, 2015).

A expansão das equipes de saúde bucal, embora represente um avanço, requer estudos para compreender suas implicações na promoção da saúde bucal e na acessibilidade aos cuidados. Portanto, a presente pesquisa buscou explorar como o crescimento das equipes de saúde bucal contribuíram com a saúde da população, apresentando um panorama da saúde bucal no Estado do Amazonas.

Mesmo com o aumento da cobertura de serviços odontológicos existe uma parcela de brasileiros que não consegue acessar aos serviços, sendo necessário garantia de acesso a essas pessoas e articulação entre os níveis de atenção (Scherer, 2015). A escolha das regiões de saúde do Amazonas que foram analisadas neste

estudo se deu por serem regiões contrastantes uma da outra, cada região de saúde trouxe sua peculiaridade para a presente pesquisa. A região de Saúde Purus possui Centro de Especialidade Odontológica (CEO) e Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), no entanto a Região de saúde Juruá não possui LRPD e CEO, esperou-se com isso ampliar os conhecimentos acerca da demanda dos serviços de saúde no Estado Amazonas.

Diante desse contexto de transformação das políticas de saúde públicas, torna-se necessário realizar uma avaliação sobre as implicações na expansão, na promoção de saúde bucal e na disponibilidade dos serviços. Esta pesquisa se justifica pela necessidade de compreender e avaliar a organização das ações da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) no contexto do estado do Amazonas, considerando o aniversário de duas décadas do programa que foi completado no ano de 2024.

O acesso aos serviços odontológicos nos municípios mais longínquos da capital do Estado por vezes se faz de forma mais de complexa ao considerar a geografia impar do Amazonas, destacando assim a necessidade de estudos voltados para essa região. Diante de todo o exposto, a indagação central do presente estudo é: “Como as ações da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente tem organizado os serviços de saúde bucal das regiões de saúde do estado do Amazonas?”

A motivação profissional para conduzir este estudo surge da necessidade palpável de compreender e abordar as lacunas na saúde bucal no Estado do Amazonas. Como dentista e nortista reconheço que as condições e desafios enfrentados por comunidades em regiões mais remotas diferem significativamente das encontradas nas áreas urbanas, existe uma disparidade no acesso aos serviços odontológicos, essa pesquisa é impulsionada por uma convicção firme de que devemos entender de maneira aprofundada as necessidades específicas dessas populações para implementar intervenções eficazes. É, portanto, uma resposta direta à minha responsabilidade profissional e ao compromisso de contribuir para a melhoria da saúde bucal, visando uma saúde mais equitativa e acessível.

## **1. OBJETIVOS**

### **1.1 Objetivo geral:**

Avaliar a orientação da saúde bucal através das ações da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente no contexto do Estado do Amazonas.

### **1.2 Objetivos específicos:**

- Avaliar a cobertura de saúde bucal e o acesso aos serviços odontológicos no Estado do Amazonas.
- Analisar os dados relacionados ao crescimento das equipes de saúde bucal e os serviços odontológicos prestados à população do Estado do Amazonas.
- Avaliar o acesso e a resolutividade dos serviços odontológicos na atenção primária e especializada nas regionais em saúde Purus e Juruá do Estado do Amazonas.

## 2. REFERENCIAL TEORICO

### 2.1 Saúde Bucal no Brasil

A política pública de saúde é compreendida por Paim (2003, p. 587) como:

(...) a ação ou omissão do Estado, através de uma resposta social diante de problemas de saúde e seus determinantes, materializada através de práticas ou ações de saúde voltadas para problemas e/ou necessidades na produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde de indivíduos coletivos.

As ações diretivas do Estado são mais que atender as demandas de grupo específicos, segundo Chaves (2016) consiste em instrumentos como: leis, normas, decretos, portarias, planos, programas e projetos. Esses instrumentos são como símbolos da legitimação das ações do Estado. É necessário compreender isso, pois de acordo com Chaves as políticas envolvem um conjunto de atores e interesses, diferentes esferas do governo, assim como redes de atenção e gestão.

O ciclo do processo político é considerado dinâmico, histórico e não linear, sofrendo influência dos agentes governamentais e não governamentais, se apresentando em cinco etapas: 1) Construção social do problema: é independente e determinada por múltiplos processos; 2) Inclusão do problema na Agenda: é o momento da entrada do problema na Agenda governamental como prioridade; 3) Formulação da política: são formulados os tipos de soluções e alternativas para resolução do problema, consiste em estudar o problema; 4) Implementação da política: É o momento em que se coloca a solução em pratica e envolve uma série setores e atividades da administração pública; 5) Avaliação e ajustes: consiste em um julgamento de valor sobre a política que foi implantada (Chaves, 2016).

Rossi (2018) aponta que o processo de construção das políticas de Saúde Bucal (SB) foi longo e foi marcado por diversos agentes, inseridos em diferentes campos e espaços sociais. As doenças da cavidade oral tiveram seu reconhecimento pelo Estado como problemas sociais, o que exigiu uma análise e resposta por agentes de distintos campos. Dentre os principais agravos em saúde bucal no Brasil,

destacam-se: cárie, doença periodontal (gengivite, periodontite), edentulismo, maloclusão, câncer de boca, fluorose dentária, traumatismo dentário (Brasil, 2018).

Tradicionalmente a Saúde Bucal foi negligenciada pelo Estado brasileiro, enfrentou e enfrenta muitos desafios para garantir o acesso e cobertura da população, assim como para minimizar as práticas de saúde centradas exclusivamente no atendimento clínico curativo (Chaves *et al.*, 2015; Narvai, Frazão, 2008).

O Estado brasileiro acumulou uma dívida social com a saúde bucal, e é nesse contexto que surge a Lei 14.572 de 8 de maio de 2023, que altera a Lei Orgânica da Saúde nº8.080/90, criando a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) como ação permanente do Estado brasileiro e não apenas como um programa governamental (Rossi, 2018).

É inegável que houve um aumento do escopo de ações e serviços de saúde odontológicos em diferentes níveis de complexidade, tendo foco também em populações muitas vezes excluídas como os povos indígenas, moradores das zonas rurais e ribeirinhos. Porém segundo os dados de 2024 do Conselho federal de Odontologia (CFO) observa-se na (Tabela 1) que o norte ainda sofre com uma desigualdade regional e um vazio assistencial onde a maioria dos profissionais concentram em regiões como Sul e Sudeste (Rossi, 2016).

**Tabela 1 - Distribuição de profissionais da Odontologia nos Estados do Brasil cadastrados no Conselho Federal de Odontologia, 2024.**

CRO	CD	TPD	TSB	ASB	APD	TOTAL
AC	1.367	33	275	841	62	2.771
AL	4.205	138	433	2.792	156	8.246
AM	6.191	293	1.812	2.588	84	11.564
AP	1.499	24	640	474	28	2.820
BA	19.003	961	2.172	10.055	49	35.901
CE	11.178	451	2.439	6.051	474	22.475
DF	9.412	445	1.930	3.729	114	18.338
ES	7.999	386	422	4.575	160	15.658
GO	15.047	1.135	1.294	9.441	244	30.528

MA	6.876	338	1.228	1.837	49	11.661
MG	49.617	2.513	5.824	19.858	828	88.019
MS	5.358	355	379	3.615	146	10.932
MT	7.074	298	717	2.293	37	11.679
PA	8.192	405	1.434	3.866	236	15.579
PB	7.317	367	1.619	3.256	133	13.456
PE	13.033	633	996	10.821	238	27.731
PI	4.485	217	1.757	1.650	72	8.754
PR	24.460	1.436	2.264	8.595	366	43.172
RJ	37.002	2.653	3.739	25.052	1.343	75.890
RN	5.282	201	1.736	1.836	100	9.815
RO	3.062	113	270	371	74	4.413
RR	1.169	37	356	778	20	2.657
RS	21.955	2.014	1.814	10.541	202	41.284
SC	16.882	1.311	2.320	5.510	556	30.665
SE	2.956	120	219	2.729	61	7.217
SP	110.851	7.417	4.500	30.126	1.509	177.833
TO	2.976	166	304	763	2	4.610
<b>Brasil</b>	<b>404.448</b>	<b>24.460</b>	<b>42.893</b>	<b>174.043</b>	<b>7.343</b>	<b>733.668</b>

Legenda: CD: cirurgiões dentistas; TPD: Técnicos em Prótese Dentária; TSB: Técnicos em Saúde bucal; ASB: Auxiliares em Saúde Bucal; APD: Auxiliares de Prótese dentária; Estados do Amazonas em destaque de coloração cinza mais escuro.

Fonte: Conselho Federal de Odontologia (CFO), acessado em 31 de janeiro de 2024.

De acordo com o Conselho Federal de Odontologia (CFO) houve um aumento no número de dentistas nos Estados da região nordeste e norte (Quadro 1), os estados da região norte, no entanto ainda representam uma menor concentração de dentistas que estão com registro ativo no Brasil, mesmo com uma população de 17.355.788 habitantes.

A concentração de cirurgiões dentistas pela população de uma determinada região é obtida através do cálculo realizado pela razão (R), sendo:  $R = \frac{\text{n}^\circ \text{ de habitantes de uma mesma área geográfica}}{\text{n}^\circ \text{ de CDs}}$ , sendo possível assim estabelecer comparações entre regiões e períodos (CFO, 2024; Bleicher, 2024; Passos 2019).

A Portaria nº 1.631, de 1º. de outubro de 2015, recomendava 1 odontólogo por 1.500 a 5.000 habitantes, embora a Organização Mundial da Saúde (OMS), porém não tenha preconizado a proporção de 1500 habitantes por dentistas, porém assinala motivo de preocupação o fato de que 64% dos países do mundo não possuírem pelo menos cinco dentista por 10.000 habitantes (Bleicher, 2024).

As regiões com maior proporção de dentistas pelos Estados do Brasil são: Sul; Sudeste e Centro-oeste (Quadro 1)

**Quadro 1 – Número de Cirurgiões Dentistas (CD), população e razão CD/habitantes nas regiões e Estados brasileiros. Brasil, 2024.**

REGIÃO	CRO	CD (nº)	POPULAÇÃO	CD/POPULAÇÃO
NORTE	AC	1.311	830.018	1/613
NORTE	AM	6.322	3.941.613	1/623
NORTE	AP	1.522	733.759	1/482
NORTE	PA	8.462	8.121.025	1/959
NORTE	RO	3.165	1.581.196	1/499
NORTE	RR	1.207	636.707	1/527
NORTE	TO	3.042	1.511.460	1/496
<b>TOTAL</b>	-	<b>25.030</b>	<b>17.355.778</b>	<b>1/693</b>
NORDESTE	AL	4.341	3.127.683	1/720
NORDESTE	BA	20.012	14.141.626	1/706
NORDESTE	CE	11.415	8.794.957	1/770
NORDESTE	MA	7.045	6.775.805	1/961
NORDESTE	PB	7.399	3.974.687	1/537
NORDESTE	PE	13.452	9.058.931	1/673
NORDESTE	PI	4.592	3.271.199	1/712
NORDESTE	RN	5.354	3.302.729	1/616
NORDESTE	SE	3.023	2.210.004	1/731
<b>TOTAL</b>	-	<b>76.633</b>	<b>54.657.621</b>	<b>1/713</b>
CENTRO-OESTE	DF	9.612	2.817.381	1/293
CENTRO-OESTE	GO	15.614	7.056.495	1/451
CENTRO-OESTE	MS	5.431	2.757.013	1/507
CENTRO-OESTE	MT	7.342	3.658.649	1/498
<b>TOTAL</b>	-	<b>37.999</b>	<b>16.289.538</b>	<b>1/428</b>
SUDESTE	ES	8.166	3.833.712	1/469
SUDESTE	MG	50.821	20.539.989	1/404
SUDESTE	RJ	37.635	16.055.174	1/426
SUDESTE	SP	114.148	44.411.238	1/389
<b>TOTAL</b>	-	<b>210.770</b>	<b>84.840.113</b>	<b>1/402</b>
SUL	PR	24.945	11.444.380	1/458
SUL	RS	22.306	10.882.965	1/487
SUL	SC	17.259	7.610.361	1/440
<b>TOTAL</b>	-	<b>64.510</b>	<b>29.937.706</b>	<b>1/464</b>

Fonte: Conselho Federal de Odontologia (CFO); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Acessado em 08 de maio de 2024.

As políticas de saúde no Brasil ao longo da história sofreram diversas influências. Para compreender essas influências requer uma análise contextualizada dos períodos históricos, incluindo as circunstâncias e o contexto que moldaram essas políticas ao longo do tempo (Quadro 5 e Quadro 6).

A formação dos profissionais de saúde estava distante do que se esperava para um cuidado integral em saúde no SUS, baseado ainda em um modelo biomédico, para atenuar esse cenário, Scherer traz como sugestão a adoção de medidas contínuas na administração do trabalho e na formação, incluindo a educação permanente. Ampliando a participação ativa dos gestores e dos profissionais na compreensão das dinâmicas do trabalho, para promover mudanças substanciais alinhadas com as necessidades locais (Scherer, 2015).

Ao buscar os avanços e desafios após a primeira década da PNSB, foi realizada uma revisão de literatura através das bases: Medline (via PubMed), Lilacs, Embase, SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde e The Cochrane Library (via Bireme), incluindo artigos que se referiam ao processo de trabalho em saúde bucal ou mudanças no modelo de Atenção à Saúde (APS), este estudo teve um N= 1.037 artigos, dos quais a maioria das pesquisas eram da região nordeste (n= 65,6%), sudeste (n= 18,7%) e Sul (n= 9,3%), demonstrando assim a necessidade de pesquisas na região norte (Scherer, 2015).

Os levantamentos epidemiológicos são importantes para a formulação das políticas que são implantadas, diante disso tomaremos como marco teórico o levantamento epidemiológico de 1986. O Levantamento representou uma mudança significativa no entendimento da saúde bucal no Brasil. Anteriormente, a falta de levantamentos precisos era justificada pela percepção de que os desafios operacionais e financeiros inviabilizariam tais iniciativas. No entanto, três argumentos fundamentais alteraram esse cenário: o reconhecimento da necessidade de dados confiáveis para embasar ações preventivas, educativas e curativas; a compreensão de que a demanda por serviços odontológicos é limitada, especialmente entre grupos em situação de maior vulnerabilidade e a viabilidade cada vez mais próxima de implementar um programa nacional de saúde bucal. A destinação de recursos

financeiros para o levantamento, embora limitados, destacou a importância de definir claramente a população estudada, resultando na decisão de focar apenas na zona urbana (Brasil, 1986).

Em 1988 temos a promulgação da Constituição Federal que irá definir a saúde como: (Brasil, 1988, p. 119, art 196)

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Em 1990 o Sistema Único de Saúde (SUS) é então regulamentado através das leis 8.080 e 8.142. Em 1992 ocorre então a II Conferência Nacional de Saúde Bucal, por meio das discussões na conferência é que permitem a aprovação de diretrizes e estratégias para a saúde bucal no país, levando em conta a saúde bucal como um direito de cidadania (Brasil, 1993).

Em 1994 o Ministério da Saúde cria o Programa Saúde da Família (PSF) como instrumento de operacionalização do SUS, surge com o objetivo de reorientar o modelo assistencial existente a partir de uma Atenção Básica que estivesse em conformidade com os princípios do SUS, com uma nova dinâmica de atuação das unidades de saúde. Posteriormente o PSF deixou de ser um programa e foi consolidado como a Estratégia Saúde da Família, proporcionando uma assistência abrangente e contínua, tanto para o indivíduo quanto para a família, por meio do desenvolvimento de ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1997).

O Segundo Levantamento Nacional de Saúde Bucal ocorrido 10 anos depois, em 1996 traz um retrato de como estava saúde bucal da população brasileira de 12 anos, esse levantamento diferente do 1986 foi realizado em todas as regiões e nas 27 capitais (Quadro 4). A região norte apresentou pior desempenho, com maior índice de CPO com 4,27 seguido pela região nordeste com um CPO (C =Cariados, P= perdidos, Obturados) de 2,88 (Roncalli, 2012).

**Quadro 2 - Distribuição do índice CPO por regiões no período de 1986; 1996; 2003, 2010 e 2023 na faixa etária de 12 anos.**

Região	CPO (1986)	CPO (1996)	CPO (2003)	CPO (2010)	CPO (2023)
Região Norte	7,49	4,27	3,13	3,16	2,73
Região Nordeste	6,89	2,88	3,19	2,63	1,84
Região Sudeste	5,95	2,06	2,30	1,72	1,25
Região Sul	6,31	2,41	2,31	2,06	1,00
Região Centro-Oeste	8,52	2,85	3,16	2,63	2,80
<b>Total</b>	<b>6,65</b>	<b>3,06</b>	<b>2,78</b>	<b>2,07</b>	<b>1,67</b>

Legenda: Levantamento Epidemiológicos em Saúde Bucal - Índice CPO nas regiões do Brasil, anos de 1986; 1996; 2003; 2010; 2023.

Fonte: Autora, com base nos dados do Ministério da Saúde - Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal de 1986. Ministério da Saúde - Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal de 1996. Tabnet - Datasus, acessado em 04 de abril de 2024. Ministério da Saúde - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal SB 2003. Ministério da Saúde - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal SB 2010. Ministério da Saúde - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal SB 2023.

Somente em 28 de dezembro de 2000 a saúde bucal foi oficialmente incluída na ESF, através da Portaria n° 1.444 do MS, criaram-se incentivos para a implantação da equipe de saúde bucal, propostas em duas modalidades: Modalidade I: um Cirurgião Dentista (CD) + um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) ou Técnico de Saúde Bucal (TSB); Modalidade II: um Cirurgião Dentista (CD) + um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) ou Técnico de Saúde Bucal (TSB) + Técnico de Saúde Bucal (TSB). Entretanto, somente em 06 de março de 2001 a Portaria a GM/MS n° 267 passa a regulamentar as normas e diretrizes para inclusão das ESB na estratégia de Saúde da Família, com o objetivo de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população as ações de saúde, as práticas de intervenção odontológicas são então reorientadas nesse contexto (Brasil, 2000; Kornis, 2011).

Em 2003, o Ministério da Saúde, divulgou os resultados do Levantamento de Condições da Saúde Bucal da População Brasileira (SB-2003). As descobertas indicaram que 27% das crianças de 18 a 36 meses e 60% das crianças de cinco anos de idade já apresentavam pelo menos um dente com experiência de cárie. Entre os adultos de 35 a 44 anos, 28% apresentavam edentulismo ou indicação para remoção de dentes. Para o grupo etário de 65 a 74 anos, a média de dentes presentes na boca era de apenas seis por pessoa, e três em cada quatro idosos não possuíam dentes funcionais. Diante desse contexto, os resultados do SB-2003 destacaram a urgência

de ações mais abrangentes para lidar com a séria deficiência na oferta de cuidados oferecidos pelos serviços de saúde pública no Brasil até então. Além disso, revelaram desigualdades no acesso a outros serviços odontológicos mais complexos no âmbito do SUS, reforçando a incorporação da eSB na ESF (Roncalli, 2012).

Em 2004 foi instituída a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) que ficou mais conhecida pelo nome de Brasil Sorridente. A PNSB buscou implementar um modelo de atenção integral, enfatizando a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde bucal. As ações de proteção à saúde podem ser conduzidas em nível individual e/ou grupo, incluindo educação em saúde para aumentar o conhecimento da população sobre o processo saúde-doença e promover mudanças nos hábitos, além de práticas como higiene bucal supervisionada com dentifrício fluoretado e aplicação tópica de flúor. As ações de recuperação abrangem diagnóstico e tratamento de doenças, interrompem a progressão e previnem danos à saúde. Já as ações de reabilitação visam restaurar parcial ou totalmente as capacidades perdidas, facilitando a reintegração social e profissional do indivíduo. Portanto, no contexto da atenção básica, é essencial que o cirurgião-dentista promova a integração dessas diferentes ações (Passos, 2019; PNSB, 2004).

Dentre as principais linhas de ação da PNSB destacam-se (Brasil, 2022):

- a) Reorganização do acesso a saúde bucal na Atenção Primária, principalmente através da implantação das equipes de saúde bucal (eSB) na Estratégia Saúde da Família (ESF);
- b) Ampliação e qualificação da Atenção Especializada, especialmente através da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO);
- c) Ampliação dos Pontos de apoio à rede de Atenção Primária e Ambulatorial Especializada, principalmente através dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), possibilitando as reabilitações de saúde bucal para a população;
- d) Viabilização de adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público.

A PNSB trouxe os seguintes pressupostos (Brasil, 2004):

- a) Assumir o compromisso de qualificar a atenção básica, garantindo qualidade e resolatividade;
- b) Garantir uma rede de atenção básica articulada com a rede de serviços;
- c) Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal;
- d) Utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território para subsidiar o planejamento
- e) Acompanhar o impacto das ações de saúde bucal através dos indicadores;
- f) Centrar a atuação da Vigilância à saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação;
- g) Incorporar a ESF na reorganização da atenção básica;
- h) Definir política de educação permanente para os trabalhadores da saúde bucal, para que a formação técnica dos profissionais atenda as necessidades da população e os princípios do SUS;
- i) Estabelecer política de financiamento para o desenvolvimento ações que visem a reorientação do modelo de atenção;
- j) Definir uma agenda de pesquisa científica que investigue os principais problemas de saúde bucal.

O Ministério da Saúde publicou em dezembro de 2010 os primeiros resultados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil). Os resultados mais relevantes concentram-se na diminuição da cárie dentária aos 12 anos, idade usada para comparações internacionais, pois reflete o ataque da cárie logo no começo da dentição permanente, o índice CPO apresentou uma média de 2,1 o que representa uma redução de 25% em relação a 2003, quando era 2,8. No que diz respeito aos dentes cariados não tratados, houve uma redução de 29%, indo de 1,7 para 1,2. O percentual de crianças sem cáries aumentou de 31% em 2003 para 44% em 2010, o que indica uma redução significativa na prevalência e gravidade da doença, associada a um maior acesso aos serviços odontológicos restauradores (Roncalli, 2012; Brasil 2012; Passos, 2019).

Em março de 2020 foi declarada a pandemia de SARS-CoV-2 (vírus causador da Covid-19), dessa forma foram adotadas medidas de distanciamento social e também a suspensão de vários serviços. As medidas preventivas se mostraram

eficazes, pelo potencial de transmissão do vírus, que poderia ocorrer por gotículas respiratórias em suspensão no ar (Pereira, 2022).

Nesse período os atendimentos odontológicos eletivos foram suspensos, eram realizados apenas os atendimentos de demanda emergencial, com o equipamento de proteção necessário. A prática odontológica foi adaptada para garantir a segurança tanto dos profissionais quanto dos pacientes. Isso foi evidenciado pelo cuidadoso processo de triagem de potenciais pacientes infectados e pela precaução em minimizar o uso da alta rotação, visando a redução do risco de contaminação pelo coronavírus no ambiente clínico, proposto na publicação do guia de orientações para atenção odontológica no contexto da COVID-19 (Nóbrega, 2021; Brasil 2021).

O quinto grande levantamento epidemiológico nacional sobre saúde bucal é o SB Brasil 2023, que estava programado para ser realizado em 2020, porém teve sua realização estendida em razão da pandemia do coronavírus. Os resultados divulgados em 2024 mostram que o Brasil está apresentando uma média do CPO-D de 1,6 na idade de 12 anos, tendo uma redução em comparação com o ano de 2010, em que apresentava um CPO-D de 2,1 para o mesmo grupo etário. Ao manter estes resultados o Brasil permanecerá no grupo de países com baixa prevalência de cárie com CPO-D aos 12 anos entre 1,2 a 2,6, segundo a classificação da OMS (Brasil, 2022) (Brasil, 2024).

A sanção do Projeto de Lei n/8.131/2017 assinado pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva instituiu a Política Nacional de Saúde Bucal no SUS e garantiu a Saúde Bucal como direito a saúde, incluindo a SB na Lei orgânica da Saúde, dessa forma a Saúde Bucal passou a integrar o SUS como uma política de Estado (Brasil, 2023).

**Quadro 3 – Marcos históricos antes da implantação da Política Nacional de Saúde Bucal.**

<b>ANO</b>	<b>MARCOS QUE ACONTECERAM EM CADA ANO</b>
1986	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VIII Conferência Nacional de Saúde que estabeleceu as bases para a reestruturação do sistema de saúde brasileiro</li> <li>• I Conferência de Saúde Bucal afirmou a odontologia com parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo.</li> <li>• Primeiro Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal</li> </ul>

1988	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promulgada a Constituição Federal que cria o Sistema Único de Saúde e define a saúde como “um direito de todos e um dever do Estado”.</li> </ul>
1990	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O SUS foi regulamentado pelas leis 8.080 (Lei Orgânica da Saúde) e 8142</li> </ul>
1992	<ul style="list-style-type: none"> <li>• II Conferência Nacional de Saúde Bucal</li> </ul>
1994	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF), apoiado pelos resultados positivos alcançados pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)</li> </ul>
1996	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2º levantamento nacional de saúde bucal - esse já nas 27 capitais brasileiras, na população de 6 a 12 anos e gerando dados relativos à cárie dentária</li> </ul>
2000	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Portaria 1444 de 28/12/2000 - A saúde bucal foi oficialmente incluída na estratégia de Saúde da Família. Criaram-se os incentivos para implantação das equipes de saúde bucal (ESB), propostas em duas modalidades: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Modalidade I: 1 Cirurgião-Dentista (CD) + 1 Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) ou Técnico em Saúde Bucal (TSB).</li> <li>○ Modalidade II: com 1 CD + 1 ASB ou 1 TSB + TSB</li> </ul> </li> </ul>
2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A Portaria 267, de 06/03/01, regulamentou as ações das ESB na estratégia de Saúde da Família.</li> </ul>
2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1º Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB BRASIL</li> </ul>
2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publicação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal</li> <li>• 3º Conferência Nacional de Saúde Bucal</li> <li>• Criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD)</li> </ul>

Legenda: Linha do tempo da Política Nacional de Saúde Bucal

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde 2023

#### **Quadro 4 - Marcos históricos após a da implantação da Política Nacional de Saúde Bucal.**

<b>ANO</b>	<b>MARCOS QUE ACONTECERAM EM CADA ANO</b>
2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Portaria nº822/2006 – que concerne um acréscimo de 50% no valor do incentivo para as eSB de locais remotos e com maior situação de vulnerabilidade.</li> </ul>
2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publicação do Caderno de Atenção Básica nº17</li> <li>• Publicação do Manual de Especialidades em Saúde Bucal</li> <li>• Portaria nº90/2008 – acréscimo de 50% no valor do incentivo par eSB que atende residentes em assentamento e população de quilombolas</li> </ul>
2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publicação do Guia de recomendações para uso de fluoretos no Brasil.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criação da Unidade Odontológica Móvel (UOM)</li> <li>• Início da cooperação Brasil- Moçambique</li> <li>• I Encontro Nacional de Centros de Especialidade Odontológicas e equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família</li> </ul>
2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2ª Pesquisa Nacional de Saúde Bucal SB Brasil</li> <li>• Portaria nº1.032/2010 – inclusão de procedimentos odontológicos para atendimento as pessoas com necessidade especiais no SUS</li> <li>• Portaria nº718/2010 – inclusão de procedimentos de ortodontia/ ortopedia e implante dentário no SUS.</li> </ul>
2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inserção do CEO na Rede de Cuidados a pessoa com deficiência</li> </ul>
2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publicação do livro “A saúde Bucal no Sistema Único de Saúde”</li> <li>• Parceria com a secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) e a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) para qualificação profissional-</li> </ul>
2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publicação do Guia de Atenção a Saúde Bucal da Pessoa Com deficiência.</li> <li>• Criação do indicador do Pré natal Odontológico (Previne Brasil)</li> <li>• Publicação da Carteira de Serviços da Atenção Primária a Saúde (CaSAPS)</li> <li>• Criação do Programa Saúde na Hora</li> </ul>
2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repasse de custeio para estímulo a residentes de odontologia na APS</li> <li>• Acréscimo de 10% do custeio das eSB</li> <li>• Criação do código 71 para identificação de eSB no sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)</li> <li>• Publicação do guia de orientações para atenção odontológica no contexto da covid-19</li> <li>• Consulta pública SB Brasil 2020/</li> </ul>
2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Divulgação dos 10 passos para reorganização da atenção odontológica no contexto da pandemia.</li> <li>• Início da elaboração de 22 diretrizes clínicas para o aperfeiçoamento da atenção odontológica na APS.</li> <li>• Inclusão da localização das eSB no aplicativo para dispositivo móvel “conecte sus”</li> <li>• Lançamento do novo método de cálculo da cobertura de Saúde bucal</li> </ul>
2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lançamento da Pesquisa Nacional SB Brasil 2020 (vigência 2021-2022) e do projeto técnico</li> <li>• Publicação da 2ª edição do guia de orientações para atenção odontológica no contexto da covi-19.</li> <li>• Lançamento do plano Nacional de Pré Natal odontológico</li> <li>• Piloto PEC-CEO</li> <li>• Participação na Convenção de Minamata sobre mercúrio para a decisão sobre o uso do amálgama dentário.</li> <li>• Publicação da 1ª diretriz para prática odontológica na APS: tratamento em gestantes</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publicação da nova edição do passo a passo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal</li> <li>• Publicação do passo a passo – Laboratório Regionais de Prótese Dentária</li> <li>• Publicação do Manual Prático para uso da teleodontologia no SUS</li> <li>• Publicação do guia de bolso e caderno de saúde bucal do PSE</li> </ul>
2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sansão do Projeto de Lei nº8.131/2017 que institui a Política Nacional de Saúde Bucal no SUS e garante o direito a saúde bucal como parte do direito à saúde.</li> <li>• Criação dos Serviços de Especialidades em Saúde Bucal (Sesb) para municípios com menos de 20.0000 habitantes e com cobertura de saúde bucal.</li> <li>• Portaria nº960 de 17 julho de 2023- institui 12 indicadores para o pagamento por desempenho da saúde bucal na APS para a eSB de 40 horas.</li> <li>• Inclusão das unidades odontológicas móveis (uom) no novo programa de aceleração do crescimento (PAC)</li> <li>• Nova abertura do programa para cadastro de propostas para cadastro de informatização dos CEO</li> </ul>

Legenda: Linha do tempo da Política Nacional de Saúde Bucal

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde 2023.

## 2.2 Organização do Sistema de Saúde no Amazonas

Existe uma diversidade de territórios dentro do Amazonas e as características desses territórios afetam a organização do sistema de saúde local. Esse território sofre forte influência da sazonalidade dos rios que afetam a organização do cotidiano das comunidades que vivem próximas a sua margem, os ciclos das águas e os deslocamentos da população impactam as dinâmicas de vida, assim também como o acesso aos serviços de saúde (Kadri *et al.*, 2022).

Além da sazonalidade dos rios há outro grande desafio que é a extensão territorial aliada a dispersão populacional que é predominante na zona rural, dessa forma as ações de saúde e as políticas públicas devem ser pensadas considerando estes fatores. Devido aos desafios apresentados não é incomum que um paciente more em município, mas que utilize os serviços de outro, impactando a forma com os gestores organizam o fluxo de atendimentos. As políticas públicas, como a regionalização, precisam considerar a dinâmica da vida das pessoas, que muitas vezes ultrapassa os limites municipais. Os cidadãos acessam o sistema de saúde

onde é mais fácil, conveniente e acessível para eles. As características únicas do território amazônico têm um impacto significativo na organização dos serviços de saúde (Kadri *et al.*, 2022).

O território costuma apresentar uma fronteira mais fluída e aberta a travessias, porém essas fronteiras também podem ser consideradas movediças pois se movimentam de acordo com o ciclo das águas. Diante disso, as noções de tempo em que as coisas podem acontecer, como deslocamentos, devem considerar o tempo de cada modalidade de barco, tipo de motor, tempo de travessia em diferentes períodos do ano como a cheia ou vazante (Schweickardt *et al.*, 2021).

A avaliação e o acompanhamento dos modelos de gestão da saúde na Amazônia devem considerar diversas dimensões, como a composição das equipes, características da população, peculiaridades do território, incluindo os fluxos sazonais e permanentes, e questões logísticas. É essencial que a Atenção Básica leve em conta a dinâmica e o conhecimento local, pois isso contribui para uma prestação de cuidados mais eficiente e eficaz (Lima *et al.*, 2021).

A organização das redes de regiões em saúde precisa ser entendida a luz da organização de vida no Amazonas, ao considerar a dispersão dos espaços de algumas regiões e também a centralidade dos serviços em Manaus. A regionalização busca reduzir as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, reduzindo as desigualdades regionais (Garnelo *et al.*, 2017).

Para promover uma abordagem regionalizada e fornecer os serviços de saúde, os Municípios são organizados de forma a criar agrupamentos contínuos com base em sua proximidade geográfica, visando integrar a organização, planejamento e execução das ações de saúde por região. Isso resulta na divisão do Amazonas em 9 regiões de saúde (Quadro 7) a Figura 1 apresenta a distribuição espacial de todas as regiões de saúde do Estado do Amazonas.

**Quadro 5 - Distribuição dos Municípios do Estado do Amazonas/AM por regiões de saúde.**

<b>REGIONAL</b>	<b>MUNICÍPIOS</b>	<b>REGIONAL</b>	<b>MUNICÍPIOS</b>	
<b>REGIONAL ALTO SOLIMÕES</b>	Atalaia do Norte	<b>REGIONAL JURUÁ</b>	Eirunepé	
	Benjamin Constant		Envirá	
	Tabatinga		Carauari	
	São Paulo de Olivença		Itamarati	
	Amaturá		Guajará	
	Santo Antônio do Iça		Ipixuna	
	Tonantins		<b>REGIONAL TRIÂNGULO</b>	Tefé
	Fonte Boa			Japurá
	Jutaí			Maraã
<b>REGIONAL RIO MADEIRA</b>	Borba	Juruá		
	Novo Aripuanã	Uarini/		
	Apuí	Alvarães		
	Humaitá	<b>REGIONAL RIO NEGRO E SOLIMÕES</b>		Coari
	Manicoré			Codajá
<b>REGIONAL ENTORNO DE MANAUS E RIO NEGRO</b>	Manaus			Manacapuru
	Presidente Figueiredo		Novo Airão	
	Rio Preto da Eva		Anamã	
	Iranduba		Anori	
	Careiro da Várzea		Beruri	
	Careiro Castanho		Caapiranga	
	Manaquiri		<b>REGIONAL BAIXO AMAZONAS</b>	Maués
	Autazes	Boa Vista do Ramos		
	Nova Olinda do Norte	Parintins		

	São Gabriel da Cachoeira		Barreinha
	Santa Isabel do Rio Negro		Nhamundá
	Barcelos	<b>REGIONAL MÉDIO AMAZONAS</b>	Itacoatiara
<b>REGIONAL PURUS</b>	Boca do Acre		Silves
	Pauini		Itapiranga
	Lábrea		São Sebastião do Uatumã
	Canutama		Urucará
	Tapauá	Urucurituba	

Legenda: As 9 Regiões de saúde do Amazonas, agrupadas de acordo com os municípios limítrofes.

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SES-AM). Acessado em 24 de março de 2024. [www.saude.am.gov.br/regionalizacao/](http://www.saude.am.gov.br/regionalizacao/).

**Figura 1 - Mapa das regiões de saúde, agrupadas por municípios**



Fonte: (CONASS) <https://www.conass.org.br/planos-estaduais-educacao-permanente/PEEPS-AM.pdf>. Acessado em 24 de março de 2024.

Alguns procedimentos odontológicos mais complexos como tratamento endodôntico, prótese dentária, tratamento periodontal, diagnóstico e tratamento de câncer bucal, algumas cirurgias, são realizadas no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) na média complexidade, sendo estes extremamente importantes para o tratamento integral e resolutivo, especialmente na região norte. Além disso, são importantes para a organização da demanda e do acesso aos serviços pela população (Passos, 2019).

De acordo com Portaria nº 599 de 23 de março de 2006, os CEOs são classificados como clínica especializada, com serviço especializado de Odontologia para realizar, no mínimo, as seguintes atividades: I - Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; II - periodontia especializada; III - cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; IV - endodontia; e V - atendimento a portadores de necessidades especiais.

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES) o Estado do Amazonas conta atualmente com 13 CEOs (Quadro 8) para uma população de 3.941.613 pessoas, esses CEOs se distribuem da seguinte maneira: Boca do Acre (1); Humaitá (1); Iranduba (1); Itacoatiara (1); Lábrea (1); Manaus (5); Maués (1); Parintins (1) e São Gabriel da Cachoeira (1). As pessoas que residem em municípios que não possuem CEO precisam se deslocar até o município mais próximo para acessar aos serviços especializados (IBGE 2023; CNES, 2024).

Entre as 9 regiões de saúde do Estado, existem regiões que não possuem nenhum CEO (Quadro 8) sendo elas: Regional Alto Solimões; Regional Juruá, Regional Triângulo, Regional Rio Negro e Solimões, dessa forma são encontrados vazios assistenciais dos serviços odontológicos de maior complexidade. A distribuição dos Laboratórios Regionais também se apresenta de forma desigual (Quadro 8).

Em 2009 com uma população de aproximadamente 2.800.000 o Amazonas contava com apenas 13 CEOs para atender aos usuários que acessavam aos serviços de saúde, sendo essa quantidade já apontada em estudos anteriores como um número insuficiente para atender a demanda (Herkrath *et al.*, 2013). No ano de 2024 o Estado do Amazonas ainda permanece com a mesma quantidade de CEOs, mas

agora para atender a uma população de 3.941.613 habitantes (IBGE 2023; CNES, 2024).

Os LRPD foram instituídos através da Portaria nº599 de 23 de março de 2006, com o objetivo de ampliar a oferta de prótese ao promover reabilitações que devolvessem a população: Função mastigatória; estética; fonética através do SUS. O governo Federal então destina um repasse de incentivo e custeio mensal aos estados e municípios credenciados pelo MS, para a confecção de próteses dentárias. As próteses financiadas pelo programa são: mucossuportada (destinada a usuários que tiveram perda total de dentes); dentomucossuportada (destinada a usuários que tiveram perda parcial de elementos dentários); dentossuportada (destinada a usuários que tiveram perda estrutural de elementos dentários e sem indicação de restauração direta) (Brasil, 2022).

De acordo com o CNES o Estado do Amazonas conta com 12 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) que são responsáveis pelas reabilitações da população, distribuídos da seguinte maneira (Quadro 7): (1) Amaturá; (1) Atalaia do Norte; (1) São Paulo de Olivença; (1) Nhamundá; (1) Autazes; (1) São Gabriel da Cachoeira; (1) Santa Isabel do Rio Negro; (1) Itapiranga; (1) Lábrea; (1) Apuí; (1) Japurá; (1) Tefé (CNES, 2024).

Além desses, de acordo com a Portaria Nº 3.168, de 9 de dezembro de 2019, que credencia os municípios a receberem incentivos financeiros referente a LRPD, Manaus também aparece com um Laboratório de Prótese credenciado para as reabilitações orais.

A Portaria Nº 432 de 5 de abril de 2023 credencia os seguintes municípios do Estado do Amazonas a receberem incentivos financeiros referentes aos Laboratórios de prótese: (1) Atalaia do Norte; (1) Coari; (1) Iranduba; (1) Presidente Figueiredo; (1) Santa Isabel do Rio Negro; (1) Tefé; (1) Urucurituba.

Segundo as Portarias Nº 3.168 de 2019, Nº 432 de 2023, e o CNES os LRPD do Amazonas ficam então distribuídos da seguinte forma: (Quadro 6)

**Quadro 6 - Distribuição dos Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) por regiões de saúde no Estado no Amazonas, no ano de 2024.**

Regionais	CEO	LRPD
Regional Alto Solimões	-	1- Amaturá; 1- Atalaia do Norte; 1- São Paulo de Olivença
Regional Baixo Amazonas	1- Maués; 1- Parintins	1- Nhamundá
Regional Entorno de Manaus e Rio Negro	1- Iranduba; 5- Manaus; 1- São Gabriel da Cachoeira	1- Autazes; 1- São Gabriel da Cachoeira; 1- Santa Isabel do Rio Negro; 1- Manaus; 1- Iranduba; 1- Presidente Figueiredo
Regional Juruá	-	-
Regional Médio Amazonas	1- Itacoatiara	1- Itapiranga; 1- Urucurituba
Regional Purus	1- Boca do Acre; 1- Lábrea	1- Lábrea
Regional Rio Madeira	1- Humaitá	1- Apuí
Regional Triângulo	-	1- Japurá; 1-Tefé
Regional Rio Negro e Solimões	-	1- Coari

Legenda: - Representam as Regiões de Saúde que não possuem Centro de Especialidade Odontológicas ou laboratórios Regionais de Prótese Dentária.

Fonte: Autora, com base nos dados da Portaria N° 3.168, de 9 de dezembro de 2019 e N° 432 de 5 de abril de 2023. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Acessado em 08 de maio de 2024.

A distribuição da população do Estado do Amazonas se dá de modo desigual, fazendo com que grande parte da população se concentre na Regional Entorno de Manaus e Rio Negro, são 2.401.411 vivendo nessa região de acordo com os dados divulgados pelo IBGE em 2022, essa região concentra 60,92% da população do Estado e estão concentrados nessa região 90,37% dos cirurgiões dentistas, nessa mesma região de saúde estão concentrados 7 CEOs dos 13 que o Estado do Amazonas possui.

De acordo com dados do Ministério da Saúde (MS) em novembro de 2023 o Estado do Amazonas possuía 681 Equipes de Saúde Bucal (ESB) vinculadas a Estratégia da Saúde da Família (ESF), distribuídos no território das seguintes maneiras (Tabela 2).

**Tabela 2 – Número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) vinculados a Estratégia Saúde da Família (ESF), nos municípios do Estado do Amazonas, 2024.**

MUNICÍPIOS	Nº eSFSB Cob.
Alvarães	4
Amatura	3
Anamã	6
Anori	9
Apuí	10
Atalaia do Norte	2
Autazes	15
Barcelos	5
Barreirinha	9
Benjamin Constant	6
Beruri	3
Boa Vista Do Ramos	5
Boca do Acre	9
Borba	10
Caapiranga	6
Canutama	3
Carauari	5
Careiro	14
Careiro da Várzea	10
Coari	16
Codajás	9
Eirunepé	11
Envira	6
Fonte Boa	12
Guajará	6
Humaitá	14
Ipixuna	6
Iranduba	23
Itacoatiara	23
Itamarati	4
Itapiranga	4
Japurá	5
Juruá	5
Jutaí	5
Lábrea	13
Manacapuru	20
Manaquiri	6
Manaus	132
Manicoré	19
Maraã	5

Maués	15
Nhamundá	8
Nova Olinda do Norte	13
Novo Airão	5
Novo Aripuanã	5
Parintins	25
Pauini	4
Presidente Figueiredo	13
Rio Preto Da Eva	13
Santa Isabel Do Rio Negro	5
Santo Antônio Do Içá	8
São Gabriel Da Cachoeira	7
São Paulo De Olivença	8
São Sebastiao Do Uatumã	5
Silves	5
Tabatinga	13
Tapauá	8
Tefé	19
Tonantins	6
Uarini	4
Urucará	7
Urucurituba	7
<b>Total de eSB vinculados a ESF</b>	<b>681</b>

Legenda: Equipes de Saúde Bucal vinculadas a Estratégia Saúde da Família no ano de 2023, mês de referência novembro. Em destaque de coloração cinza claro os municípios que compõe a Regional de Saúde Purus. Em destaque de coloração verde os municípios que compõe a Regional de Saúde Juruá.

Fonte: Autora, com base nos dados do E-gestor. MS/SAPS/Departamento de Saúde da Família – DESF. Acessado em: 08 de maio de 2024. Atualizado em 20 de março de 2025.

Por meio da Portaria GM/MS nº 751 de 15 de junho de 2023, o Ministério da Saúde instituiu o Serviço de Especialidades em Saúde Bucal (SESB) como componente das ações estratégicas da Atenção Primária à Saúde (APS), com o propósito de ampliar a oferta de atendimentos especializados em municípios de pequeno porte. A habilitação é direcionada a localidades com até 20 mil habitantes, que apresentem cobertura mínima de 75% em saúde bucal na APS e que não possuam CEO credenciado. Essa estratégia busca garantir o cuidado integral e descentralizado, fortalecendo a rede assistencial e oferecendo referência às equipes de saúde bucal. Contudo, observa-se que nenhum município do Amazonas possui, até o momento, SESB habilitado, o que de certa maneira evidencia uma lacuna na

ampliação do acesso a especialidades odontológicas no Estado (Brasil, 2023; Brasil, 2024).

Até dezembro de 2024, haviam sido registrados 30 SESB implantados no Brasil. A maior parte encontra-se no Nordeste, com 21 unidades, distribuídas nos estados do Piauí (n=7), Ceará (n=2), Paraíba (n=4), Pernambuco (n=1), Alagoas (n=1) e Bahia (n=6). No Sudeste foram contabilizados quatro serviços, dois em Minas Gerais e dois em São Paulo. Na região Sul, também foram identificadas quatro implantações, todas em Santa Catarina. A região Norte registrou apenas um serviço, localizado no Tocantins. Já o Centro-Oeste não possuía nenhum SESB em funcionamento até o final de 2024. Essa distribuição evidencia a predominância do Nordeste, que concentrou 70% das unidades, enquanto as demais regiões apresentaram participação reduzida no processo de implantação (Santos *et al.*, 2024).

Em 2025, o Governo Federal retomou a entrega das Unidades Odontológicas Móveis (UOM), destinando 400 veículos a municípios de todo o país, com o objetivo de ampliar o acesso à saúde bucal em regiões de maior vulnerabilidade social, áreas rurais, ribeirinhas e de difícil acesso. Instituídas pela Portaria nº 2.371, de 7 de outubro de 2009, as UOM foram concebidas como componente móvel da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), mas tiveram suas entregas interrompidas por mais de uma década, sendo agora retomadas como estratégia de fortalecimento do Brasil Sorridente. Cada veículo é equipado com estrutura completa para o atendimento odontológico, incluindo cadeira odontológica completa, aparelho de raio-x, gerador de energia, fotopolimerizador, canetas de alta e baixa rotação, ar-condicionado, frigobar e demais insumos necessários, funcionando como uma ampliação da Unidade Básica de Saúde. Podem realizar tanto procedimentos de atenção primária quanto, conforme a organização local, ações especializadas como endodontia e confecção de próteses dentárias. Havendo a necessidade, os pacientes atendidos nas UOM podem ser encaminhados para continuidade do cuidado em CEO e SESB (Brasil, 2009; Marques, 2025).

No Amazonas, foram destinadas 27 UOMs, com investimento de R\$ 10,2 milhões, beneficiando municípios distribuídos em todo o estado: Apuí, Atalaia do Norte, Autazes, Barcelos, Barreirinha, Boa Vista do Ramos, Boca do Acre, Careiro da Várzea, Coari, Eirunepé, Guajará, Itacoatiara, Itapiranga, Manaus, Manicoré, Maués,

Novo Airão, Parintins, Pauini, Presidente Figueiredo, Rio Preto da Eva, Santo Antônio do Içá, São Gabriel da Cachoeira, Silves, Tabatinga, Tefé e Tonantins (Brasil, 2025; Marques, 2025). Durante a cerimônia de entrega, foi reforçado sobre a dimensão social da política, trazendo a forma como o cuidado odontológico impacta positivamente na qualidade de vida da população.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1 Delineamento da pesquisa

A presente pesquisa adotou uma abordagem quantitativa, retrospectiva e descritiva que se concentrou na implantação das ações da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) no contexto do Estado do Amazonas, especificamente nas regionais de saúde Purus e Juruá. A região de saúde Purus possui Centro de Especialidade Odontológica (CEO), localizados em: Boca do Acre e Lábrea, porém a região de saúde Juruá não possui CEO dentro dos seus municípios.

O delineamento metodológico retrospectivo e descritivo, foi empregado alinhado a uma abordagem quantitativa para monitorar os impactos que a Política Nacional de Saúde Bucal trouxe para o Amazonas (Chaves, 2018).

De acordo com Gil, as pesquisas descritivas se concentram na descrição das características de uma população ou fenômeno, além de poderem estabelecer relações entre variáveis (Gil, 1999 *apud* Oliveira, 2011, p. 11).

Na pesquisa quantitativa, os resultados podem ser quantificados, e as amostras, geralmente representativas da população, consideradas como um retrato real da população alvo da pesquisa, ao contrário da pesquisa qualitativa, possui um menor enfoque no contexto do objeto pesquisado (Gerhardt, 2009).

Por meio dessa metodologia, buscou-se uma compreensão abrangente da evolução e impactos que a PNSB (Brasil Sorridente) trouxe para o Estado do Amazonas. A análise detalhada desses dados visou permitir uma avaliação consistente das políticas de saúde bucal, contribuindo para o aprimoramento das estratégias e diretrizes na área, bem como fornecendo um panorama preciso das realizações e desafios enfrentados ao longo do período analisado. A formulação da metodologia foi baseada em estudos anteriores sobre a PNSB, mas que usaram recortes diferentes como (Junior, 2020; Chaves, 2017; Chaves, 2018; Rossi, 2019).

### 3.2 Cenário da Pesquisa

O local do presente estudo foi o Estado do Amazonas. De acordo com o Censo 2022, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (2022), a população do Estado é de 3.941.613 pessoas, com uma área territorial de 1.559.255,881 Km<sup>2</sup>, e a densidade do Estado é de 2,53 hab/km<sup>2</sup>, uma renda mensal domiciliar *per capita* de R\$1.172 e um índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,7 (IBGE 2023).

O Amazonas possui 62 municípios, tendo a capital do Estado localizada em Manaus, que é um centro urbano com significativa representatividade, com uma população de 2.063.689 pessoas de acordo com o censo de 2022, isso faz de Manaus a sétima cidade mais populosa do Brasil, com uma densidade demográfica de 181, 01 hab/km<sup>2</sup> (IBGE, 2022).

As longas distâncias entre as comunidades e a sede municipal influenciam os serviços de saúde, resultando na concentração das ações e serviços de saúde principalmente na sede dos municípios (Lima, 2021).

Analisar os indicadores de saúde que evidenciam as fragilidades do sistema, pode contribuir para fortalecer as unidades básicas de saúde como referência para os usuários. Além disso, essa análise pode impulsionar a busca por intervenções mais específicas e eficazes. Essa abordagem também tem o potencial de demonstrar a capacidade dos municípios na gestão de sistemas de saúde adaptados à realidade local, bem como na promoção de cuidados individualizados alinhados com as características dos territórios e das culturas locais (Soares, 2023).

A seleção das Regiões de Saúde Purus (composta pelos municípios de Boca do Acre, Canutama, Lábrea, Pauini, Tapauá) e Juruá (composta pelos municípios de Eirunepé, Envira, Carauari, Itamarati, Guajará, Ipixuna) uma com Centro de Especialidade Odontológica (CEO) e outra sem CEO, respectivamente, permitiu uma análise aprofundada das dinâmicas das equipes de saúde bucal no âmbito dos municípios do Estado do Amazonas, contribuindo para uma compreensão mais ampla da implantação do Brasil Sorridente na região Norte.

### 3.2.1 Regional em Saúde Purus

A população estimada dessa Região de Saúde (RS) em 2022 é de 136.736, representando 3,47% da população do Amazonas de acordo com o IBGE, segundo o CNES o Estado do Amazonas tem 728 dentistas vinculados a ESF, desses 728 apenas 47 estão nessa RS, sendo: Boca do Acre com 16 dentistas, representando 2,20% dos dentistas vinculados a ESF no Amazonas; Canutama com 3 dentistas, representando 0,41% dos dentistas vinculados a ESF no Amazonas; Lábrea com 13 dentistas, representando 1,79% dos dentistas vinculados a ESF no Amazonas; Pauini com 5 dentistas, representando 0,69% dos dentistas vinculados a ESF no Amazonas, Tapauá com 10 dentistas, representando 1,37% dos dentistas vinculados a ESF no Amazonas (IBGE, 2022; CNES 2024).

De acordo com o CNES os 2 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) da região ficam localizados: Boca do Acre (1) e Lábrea (1).

Para a presente pesquisa foram coletados dados em todos os municípios que fazem parte da RS. A seleção dessa região de saúde tomou como base o número de cirurgias dentistas e também se havia ou não CEO dentro da região de saúde.

### 3.2.2 Regional em Saúde Juruá

A população estimada dessa Região de Saúde (RS) em 2022 é de 128.161, representando 3,5% da população do Amazonas de acordo com o IBGE, segundo o CNES apenas 42 estão vinculados a ESF nessa RS, sendo: Itamarati com 7 dentistas, representando 0,96% dos dentistas vinculados a ESF no Amazonas; Guajará com 8 dentistas, representando 1,10% dos dentistas vinculados a ESF no Amazonas; Ipixuna com 6 dentistas, representando 0,82% dos dentistas vinculados a ESF no Amazonas; Carauari com 5 dentistas, representando 0,69% dos dentistas vinculados a ESF no Amazonas, Envira com 5 dentistas, representando 0,69% dos dentistas vinculados a ESF no Amazonas, Eirunepé com 11 dentistas, representando 1,51% dos dentistas vinculados a ESF no Amazonas (IBGE, 2022; CNES 2024).

De acordo com o CNES dentro dos municípios que compõe essa região de saúde não há Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Para a presente pesquisa foram coletados dados em todos os municípios que fazem parte da RS, exceto o município de Envira pois não assinou a carta de anuência, inviabilizando desta forma a coleta de dados (através da aplicação de questionários) em seu município. A seleção dessa região de saúde tomou como base o número de cirurgiões dentistas e também se havia ou não CEO dentro da região de saúde.

### **3.3 Coleta de Dados**

A coleta dos dados foi realizada em duas etapas: Na primeira etapa se realizou a coleta dos dados secundários da presente pesquisa, em uma segunda etapa foram coletados os dados primários desta pesquisa.

Os dados secundários são aqueles que já foram coletados em outro momento e estão disponíveis para o pesquisador através de fontes primárias contemporâneas, por outro lado os dados primários são aqueles que foram produzidos diretamente pelo próprio autor (Lakatos, 2003, p. 174).

Os dados secundários foram coletados a partir dos sistemas de informação como: Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS); Sistema e-gestor do Ministério da Saúde (MS); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Os dados primários da pesquisa foram coletados a partir de questionário aplicado aos cirurgiões dentistas de 10 municípios do Estado do Amazonas que fazem parte da Regiões de saúde Purus e Juruá.

Os objetivos específicos I e II foram respondidos por meio de dados secundários coletados dos sistemas de informações, referentes ao período de 2004 a

2024. O objetivo específico III foi respondido por meio dos dados primários coletados nesta pesquisa com a aplicação de questionários via *Google forms*.

### 3.3.1 Primeira Etapa: coleta de indicadores de saúde bucal na Atenção Básica e Especializada

Em relação aos dados secundários que foram coletados trata-se dos indicadores na Atenção Básica (AB) de cobertura da Primeira Consulta Odontológica Programática e de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada.

Através do indicador da Primeira Consulta Odontológica Programática temos a proporção da população residente no Estado do Amazonas que teve acesso ao serviço odontológico público no âmbito da Atenção Básica. O indicador de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada, por outro lado irá nos ajudar a estimar a proporção da população amazonense que teve acesso a orientação de um profissional para realizar adequadamente escovação dental, este indicador pode nos apontar mudança no modelo de atenção em saúde (Barros, 2003; Chaves 2018; Santos, 2023).

O indicador de primeira consulta odontológica contribui para analisar a cobertura da população que teve acesso a tratamento odontológico, passando por uma avaliação / exame clínico realizado com fins de diagnóstico e elaboração de um plano terapêutico. Contribui no planejamento e monitoramento das ações de saúde bucal, além disso serve para subsidiar processos de planejamento e gestão voltados ao atendimento odontológico. Neste indicador não são considerados os atendimentos eventuais, como os de urgência odontológicas, pois os mesmos não possuem seguimento previsto (Brasil, 2017).

O indicador de Ação coletiva de Escovação Dental Supervisionada visa a prevenção de doenças, especificamente como cárie e doença periodontal. Este indicador contribui para o planejamento e monitoramento das ações de prevenção, promoção e autocuidado em saúde bucal, fornece subsídios para avaliação das políticas de saúde bucal (Brasil, 2017).

Para avaliar a Atenção Especializada (AE) no Estado adotaremos os indicadores de número absoluto de procedimentos de tratamento periodontal, número

de tratamento endodôntico, produção dos serviços de prótese dentária, essas produções são realizadas somente nos CEOs e LRPD, sendo esses procedimentos da atenção especializada, estudos anteriores utilizaram esses indicadores para estudar a PNSB em diferentes regiões e municípios do Brasil (Quadro 10) (Santos, 2023).

A proporção dos procedimentos odontológicos especializados permite responder as necessidades da população aos serviços odontológicos, estimando a integralidade do cuidado oferecidos aos usuários (Brasil, 2008).

**Quadro 7 - Descrição dos componentes da PNSB analisados no estudo e respectivas fontes dos dados**

Componente (s)	Descrição	Fontes(s)
Implantação (oferta de serviços)	Oferta de eSB na AB Cobertura da saúde bucal na AB	e-Gestor Atenção Básica, SAPS, CNES
Resultados (indicadores dos serviços de saúde)	<p><u>Indicadores da AB:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura de primeira consulta odontológica programática;</li> <li>• Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada.</li> </ul> <p><u>Indicadores da AE:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• número absoluto de procedimentos de tratamento periodontal (enxerto gengival; gengivectomia-por sextante; gengivoplastia-por sextante; tratamento cirúrgico periodontal-por sextante);</li> <li>• número absoluto de tratamento endodôntico realizado (obturação de dente permanente unirradicular; obturação de dente permanente birradicular; obturação de dente permanente de três ou mais raízes);</li> <li>• número absoluto de próteses dentárias produzidas (prótese total mandibular; prótese total maxilar).</li> </ul>	DATASUS - SIA-SUS

Legenda: AB (Atenção Básica); CEO (Centro de Especialidades Odontológicas); LRPD (Laboratório Regional de Prótese Dentária); AE (Atenção Especializada); SAPS (Secretaria de Atenção Primária à Saúde); SIA-SUS (Sistema de Informação Ambulatorial do SUS); CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde)

Fonte: Adaptado de (Santo, *et al.* 2023)

O estudo se baseará na utilização de dados secundários, que serão provenientes de fontes como: o Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) <http://sia.datasus.gov.br/> ; Sistema e-gestor do Ministério da Saúde (MS) <https://egestorab.saude.gov.br> ; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) <https://www.ibge.gov.br/> ; Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS) <https://sisab.saude.gov.br/> (Rossi, 2019).

### 3.3.2 Segunda Etapa: abordagem dos participantes e aplicação dos questionários

Os dados primários da presente pesquisa foram obtidos a partir de questionário (Anexo A) aplicado aos cirurgiões dentistas dos 05 municípios do Estado do Amazonas que fazem parte da Regional Purus (Boca do Acre, Canutama, Lábrea, Pauini, Tapauá); e dos 05 municípios do Estado do Amazonas que fazem parte da Regional de Saúde Juruá (Carauari, Eirunepé, Guajará, Ipixuna, Itamarati).

Foi utilizado o método *survey que* pode ser definido como a coleta de dados ou informações sobre as características ou opiniões de um grupo específico de indivíduos, que são considerados representativos de uma população alvo, através do uso de um questionário como instrumento de pesquisa (Fonseca, 2002, *apud* Gerhardt, 2009, p 39).

Em relação ao instrumento de pesquisa para coleta de dados primários foi utilizado o Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você, do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), estruturado pelo Ministério da Saúde. Para esta pesquisa foram extraídas perguntas especificamente do módulo VI – Entrevista com Profissional da Equipe de Saúde Bucal, foram selecionadas e adaptadas 16 perguntas, essas perguntas compuseram o questionário que foi dirigido aos colaboradores da pesquisa, no caso os dentistas atuantes nos municípios estudados (Brasil, 2017).

O módulo VI adaptado do instrumento da (PMAQ) diz respeito a avaliar o processo de trabalho da saúde bucal e a organização dos serviços e do cuidado para os usuários, assim como no instrumento estruturado pelo Ministério da Saúde o

profissional encarregado de responder o questionário foi o cirurgião dentista, por agregar maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe (Brasil, 2017).

As 16 perguntas do questionário foram distribuídas em três blocos, sendo eles, respectivamente: Organização da Agenda e Oferta de Ações da Equipe; Relação da ESB com outros Pontos da Rede de Atenção de Saúde; Apoio Matricial à Equipe de Saúde Bucal. Segue abaixo (Quadro 11) com as identificações do método survey e as subdivisões de cada bloco.

**Quadro 8 - Blocos do questionário dirigido aos dentistas**

Blocos temáticos	Subdimensões do bloco
Bloco 1 - Organização da Agenda e Oferta de Ações da Equipe	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Acesso ao atendimento clínico</li> <li>-Acolhimento da ESB;</li> <li>-Fluxo do acolhimento;</li> <li>-Forma do agendamento da primeira consulta odontológica;</li> <li>-Forma de marcação de consulta para continuidade do tratamento;</li> </ul>
Bloco 2 - Relação da ESB com outros Pontos da Rede de Atenção de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Oferta de atendimento de urgência;</li> <li>-Oferta de consultas especializadas</li> <li>-Protocolos que orientem encaminhamento para outros níveis de atenção;</li> <li>-Encaminhamento;</li> <li>-Contrarreferência dos encaminhados;</li> <li>-Registro dos usuários encaminhados;</li> <li>-Prevenção e diagnóstico do câncer de boca;</li> <li>-Referência para solicitação de biópsia;</li> </ul>
Bloco 3 - Apoio Matricial à Equipe de Saúde Bucal	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Apoio de núcleos profissionais para resolutividade de casos mais complexos</li> <li>-Núcleos profissionais;</li> </ul>

Fonte: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

O questionário foi aplicado através da plataforma virtual o *Google forms*, contando com 16 perguntas fechadas e o tempo médio estimado para responder ao questionário é de 10 minutos. A pesquisa foi realizada de forma digital através de link do formulário *Google Forms*, não havendo a necessidade do contato presencial com os possíveis participantes/colaboradores do presente estudo. Os contatos foram solicitados através de e-mail para secretarias municipais de saúde, foram resguardados o sigilo de informações e a privacidade dos participantes. Aos possíveis

participantes da pesquisa foram feitas 03 tentativas para realizar o contato, não obtendo resposta o participante era excluído da pesquisa.

Para realizar os contatos com os participantes e a aplicação do questionário previamente foi solicitada a carta de anuência aos 05 municípios do Estado que fazem parte da regional Purus (Boca do Acre, Canutama, Lábrea, Pauini, Tapauá) e dos 06 municípios do Estado do Amazonas que fazem parte da Regional de Saúde Juruá (Carauari, Eirunepé, Envira, Guajará, Ipixuna, Itamarati), para secretarias municipais de saúde, após foi feito a tentativa de contato dos CD pelo e-mail ou telefone, fornecidos pela secretaria, também foi feito o contato com os coordenadores de saúde bucal reforçando junto a eles a importância e o objetivo da pesquisa, demonstrando necessidade da colaboração dos CD.

Os dados coletados foram exclusivamente destinados ao propósito do projeto em questão, sendo vedado qualquer outra utilização sem a elaboração de um novo projeto de pesquisa. A aplicação dos questionários e análises foram conduzidas pela pesquisadora responsável pela dissertação.

A escolha dos participantes se deu de forma aleatória e por conveniência, de acordo com a disponibilidade dos participantes em colaborar com a presente pesquisa. Os possíveis participantes da pesquisa foram abordados após o consentimento das secretarias municipais de saúde e aprovação do CEP, recebendo um texto com o convite para colaborar na pesquisa, informando o objetivo do estudo e solicitando que assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) caso aceitassem o convite de colaborar. Foi disponibilizado aos colaboradores o link da plataforma virtual do *Google forms* com o link para responderem ao questionário.

### **Texto do Convite a pesquisa**

*Prezado(a) (Nome do/a Participante),*

*Meu nome é Carla Rafaela Gomes da Silva, sou mestrande do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Escola Superior de Ciências da Saúde da*

Universidade do Estado do Amazonas – ESA/UEA, estou realizando minha pesquisa do mestrado sob a orientação da Profa. Dra. Shirley Maria de Araújo Passos. Entro em contato para convidá-lo(a) a participar da minha pesquisa intitulada: **“AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – BRASIL SORRIDENTE NO CONTEXTO DO ESTADO DO AMAZONAS”**. Que tem como objetivo geral avaliar a **orientação** da saúde bucal através das ações da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente no contexto do Estado do Amazonas. A sua participação será por meio da plataforma virtual Google forms, **disponível no link: <https://forms.gle/vxxTRwA9mtqNWbwJ7>** é um questionário composto por 16 questões. Estima-se o tempo médio para responder ao questionário seja de 10 minutos. **Após você acessar o link, terá acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento e caso concorde em participar desta pesquisa, clique no botão “AVANÇAR” abaixo. Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador.**

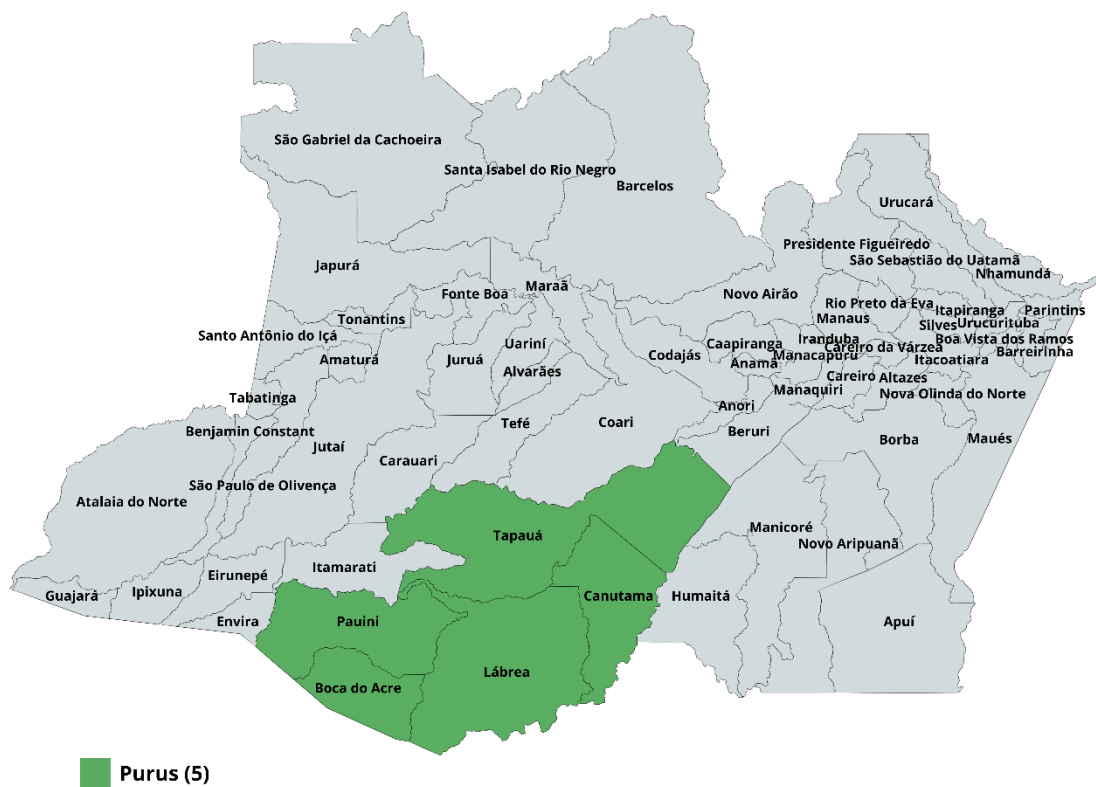
*Atenciosamente, Carla Rafaela Gomes da Silva.*

### 3.3.3 Amostra

Para amostra foi considerado o número total de cirurgiões dentistas vinculados a Estratégia Saúde da Família (ESF) de ambas as regiões de saúde em cada município que as compõe (Figura 2 e Figura 3), considerando um universo de 74 eSB vinculadas pelo Ministério da Saúde, na região de saúde Purus e Juruá, conforme os dados que foram extraídos do E-gestor (Informação e Gestão da Atenção Básica), considerando na regional Purus: Boca do Acre (9); Canutama (3); Lábrea (13); Pauini (4); Tapauá (8) (Tabela 3) e considerando na regional Juruá: Carauari (5); Eirunepé (11); Envira (5); Guajará (6); Ipixuna (6); Itamarati (4) (Tabela 4). Desta amostra foram excluídos as eSB referentes ao município de Envira, devido a não assinatura da carta de anuência desta pesquisa, deste modo a coleta de dados primários não foi realizada no município. Totalizando então 69 sSB para a coleta de dados.

As pesquisas do tipo censo são estudos que envolvem a enumeração completa de elementos de uma mesma população e podem consistir em uma técnica indicada para pesquisas que possuem populações pequenas, como no caso do presente estudo (Selltiz et al, 1965, *apud* Oliveira, 2011, p. 30).

**Figura 2 - Municípios da Regional de saúde do Purus.**



Legenda: Mapa do Estado do Amazonas, destacado a região de saúde Purus, sendo uma das regiões de estudo do presente trabalho.

Fonte: Autora. Produzido através do site: <https://www.mapchart.net/index.html>

**Figura 3 - Municípios da Regional de saúde do Juruá.**



Legenda: Mapa do Estado do Amazonas, destacado a região de saúde Purus, sendo uma das regiões de estudo do presente trabalho.

Fonte: Autora. Produzido através do site: <https://www.mapchart.net/index.html>

Nas tabelas a seguir são dispostas a população de cada município estudado e a quantidade de eSB que estão credenciadas pelo Ministério da Saúde em cada município para atender a respectiva população.

**Tabela 3 - Equipes de Saúde Bucal dos municípios da Regional Purus credenciadas pelo Ministério da Saúde (MS) e o tamanho Amostral para cada município da Regional Purus.**

MUNICÍPIOS DA REGIONAL PURUS	POPULAÇÃO IBGE (CENSO 2022)	EQUIPES DE SAÚDE BUCAL VINCULADAS A ESF / E-GESTOR SAPS 2024
Boca do Acre	35.447	9
Canutama	16.869	3
Lábrea	45.448	13
Pauini	19.373	4
Tapauá	19.599	8

Fonte: Autora, com base nos dados do Ministério da Saúde, 2021. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). E-Gestor, informação e gestão atenção básica. Instituto de Geografia e Estatística (IBGE). Acessado em: 20 de março de 2025.

**Tabela 4 - Equipes de Saúde Bucal dos municípios da Regional Purus credenciadas pelo Ministério da Saúde (MS) e o tamanho Amostral para cada município da Regional Purus.**

MUNICÍPIOS DA REGIONAL JURUÁ	POPULAÇÃO IBGE (CENSO 2022)	EQUIPES DE SAÚDE BUCAL VINCULADAS A ESF / E-GESTOR SAPS 2024
Carauari	28.742	5
Eirunepé	33.170	11
Envira	17.186	5
Guajará	13.815	6
Ipixuna	24.311	6
Itamarati	10.937	4

Fonte: Autora, com base nos dados do Ministério da Saúde, 2021. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). E-Gestor, informação e gestão atenção básica. Instituto de Geografia e Estatística (IBGE). Acessado em: 20 de março de 2025.

#### 3.3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos na presente pesquisa dentistas dos 05 municípios do Estado do Amazonas que fazem parte da Regional de Saúde Purus (Boca do Acre, Canutama, Lábrea, Pauini, Tapauá) e dos 06 municípios do Estado do Amazonas que fazem parte da Regional de Saúde Juruá (Carauari, Eirunepé, Envira, Guajará, Ipixuna, Itamarati) que estejam exercendo suas atividades, de ambos os sexos, que concordem em responder o questionário (Anexo A) e que concordarem e assinarem

de livre e espontânea vontade o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

Foram excluídos da pesquisa os profissionais das secretárias de saúde, cirurgiões dentistas, que por algum motivo estivessem afastados ou que não se sentissem confortáveis para responder ao questionário.

### **3.4 Análise de Dados**

Para analisar os indicadores de saúde bucal, foram utilizados os métodos de cálculo disponíveis pelo MS, sendo eles: o número total de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado local e período, divididos pela população do mesmo local e período x 100. Número total de pessoas que participaram da atividade coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local em 12 meses dividido por 12 e dividido pela população no mesmo local e período x 100 (Chaves, 2018).

Em relação aos indicadores da atenção especializada conforme a Portaria N° 1.464 de 24 de junho de 2011, foram calculados o total de procedimentos de endodontia / periodontia. Em relação a prótese dentária foi considerado o valor absoluto da produção ambulatorial.

Os indicadores foram exportados para o programa *Microsoft Excel®* versão 2010 (Microsoft Corp. Estados Unidos da América) e analisados por estatística descritiva, expressos em gráficos e tabelas.

Os dados coletados a partir do questionário, por meio do método *survey*, foram tabulados em planilhas e analisados através do programa *Microsoft Excel®* versão 2010.

### **3.5 Preceitos Éticos**

Considerando a Resolução n°510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, por se tratar de uma pesquisa com fonte de dados secundários e de domínio público que

não identifique os participantes da pesquisa não há necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas (CEP/UEA) para que se realize a coleta dos dados secundários, sendo esta realizada em um primeiro momento da pesquisa.

Por outro lado, a pesquisa de campo com aplicação de questionários só começou após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE 86700324.4.0000.5016, com número do parecer: 7.418.172, conforme as diretrizes e normas regulamentadoras estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, na resolução CNS nº 466/12, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos (Anexo C).

### **3.6 Limitações do Estudo**

A principal limitação do presente estudo foi a utilização de dados secundários como fonte de informação, tais dados poderão apresentar prováveis falta de uniformidade nos registros que serão utilizados, podendo levar a variações na precisão das informações coletadas, deste modo foi adotado um cuidado adicional na interpretação dos resultados obtidos.

Em relação aos questionários que foram aplicados existia a limitação logística, para minimizar essa limitação os questionários foram enviados através de uma plataforma virtual o *Google forms*, facilitando assim o acesso dos participantes/colaboradores a presente pesquisa.

### **3.7 Riscos e Benefícios**

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Os riscos da participação nesta pesquisa são baixos. Como riscos aos possíveis participantes desta pesquisa, há a possibilidade de desconforto em responder às perguntas do questionário, o que foi minimizado pela manutenção do sigilo e anonimato deles, informando aos mesmos que possuem o direito de não responder qualquer questão que lhe traga possíveis

constrangimentos ou que não queiram responder, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal, podendo também se retirar da pesquisa a qualquer momento. A pesquisa não oferecerá qualquer prejuízo à integridade física dos participantes. Todas as pessoas envolvidas na manipulação dos dados obtidos na pesquisa: pesquisador, orientando ou possíveis colaboradores tem o compromisso com a privacidade e a confiabilidade dos dados utilizados, que serão protegidos durante toda a pesquisa, preservando integralmente o anonimato do participante da pesquisa, bem como todas as informações coletadas durante todas as etapas do estudo.

Os dados da pesquisa foram armazenados em um computador e os nomes dos participantes não aparecem em nenhuma publicação, apresentação ou documento. Os dados coletados serão mantidos sob sigilo, porém como a coleta de dados não permitirá a identificação do questionário do participante durante o processo de registro, será necessário que tenha solicitado uma cópia de suas respostas via correio eletrônico para ser viável a retirada de seus dados coletados após o questionário ser respondido e enviado. Apesar da intenção de tratar todos os dados coletados com respeito aos preceitos da ética, com a intenção de manter o sigilo e com o cuidado de buscar armazenamento com o máximo de segurança, existe o risco de ataque cibernético que foge do controle dos pesquisadores, sem haver a possibilidade de prever a finalidade do mesmo nem o destino que podem sofrer os dados coletados caso ocorra esse infortúnio. No entanto, a plataforma escolhida zela pela proteção do indivíduo, segundo suas próprias diretrizes de segurança e privacidade, logo a possibilidade de haver algum contratempo que se relacione a perdas e danos dos participantes, é mínimo.

Como benefício da presente pesquisa é possível obter uma compreensão maior sobre a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) no Estado do Amazonas, assim como contribuir no aprimoramento contínuo das políticas de saúde bucal no contexto local.

## 4. RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados obtidos a partir da análise dos dados coletados, contemplando tanto informações referentes aos indicadores de saúde bucal da Atenção Básica (AB) e da Atenção Especializada (AE) no Estado do Amazonas, quanto dados primários provenientes da aplicação de questionários dirigidos aos cirurgiões dentistas atuantes em duas regiões de saúde específicas deste estudo, sendo elas Juruá e Purus.

### 4.1 Caracterização da cobertura de saúde bucal em duas regiões de saúde do Amazonas: Juruá e Purus

Em relação a cobertura de saúde bucal (SB) dos municípios analisados na região de saúde Purus (Tabela 5), apenas dois municípios apresentaram 100% de cobertura, sendo eles Lábrea e Tapauá. A segunda maior cobertura por município correspondeu a Boca do Acre que apresentou 87,59% de cobertura de SB. Os municípios de Canutama e Pauini foram os que apresentaram as menores coberturas, sendo respectivamente, 61,35% e 54,19%.

**Tabela 5: Cobertura de Saúde Bucal dos municípios da Regional Purus**

MUNICÍPIOS DA REGIONAL PURUS	COBERTURA ESFSB	ESTIM. POP. COB. ESFSB	COBERTURA SB AB	ESTIM. POP. COB. SB AB
Boca do Acre	87,59%	31.050	87,59%	31.050
Canutama	61,35%	10.350	61,35%	10.350
Lábrea	100,00%	45.448	100,00%	45.448
Pauini	54,19%	10.500	54,19%	10.500
Tapauá	100,00%	19.599	100,00%	19.599

Fonte: Autora, com base nos dados do Ministério da Saúde, 2023. Cobertura de Saúde Bucal dos municípios da Regional Purus, no ano de 2023, mês de referência novembro. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). E-Gestor, informação e gestão atenção básica. Instituto de Geografia e Estatística (IBGE). Acessado em: 08 de maio de 2024. Atualizado em 20 de março de 2025.

Na Região de saúde Juruá (Tabela 6) o panorama da cobertura referente a SB se apresentou da seguinte forma: três municípios apresentaram 100% de cobertura da saúde bucal, sendo eles, Envira, Guajará, Itamarati. Municípios como Eirunepé

apresentaram 93,60% de cobertura, seguido por Ipixuna com 85,14% e a pior cobertura de SB dessa região correspondeu ao município de Carauari com 60,01%.

**Tabela 6: Cobertura de Saúde Bucal dos municípios da Regional Juruá**

MUNICÍPIOS DA REGIONAL JURUÁ	COBERTURA ESFSB	ESTIM. POP. COB. ESFSB	COBERTURA SB AB	ESTIM. POP. COB. SB AB
Carauari	60,01%	17.250	60,01%	17.250
Eirunepé	93,60%	31.050	93,60%	31.050
Envira	100,00%	17.186	100,00%	17.186
Guajará	100,00%	13.815	100,00%	13.815
Ipixuna	85,14%	20.700	85,14%	20.700
Itamarati	94,63%	10.350	100,00%	10.937

Fonte: Autora, com base nos dados do Ministério da Saúde, 2023. Cobertura de Saúde Bucal dos municípios da Regional Juruá, no ano de 2023, mês de referência novembro. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). E-Gestor, informação e gestão atenção básica. Instituto de Geografia e Estatística (IBGE). Acessado em: 08 de maio de 2024. Atualizado em 20 de março de 2025.

Nenhum município de ambas as regiões de saúde apresentou cobertura de saúde bucal inferior a 50%.

#### **4.2 Cobertura populacional e expansão das equipes de saúde bucal no Amazonas (2004-2024)**

O crescimento populacional no Estado do Amazonas entre 2004 e 2024 influencia diretamente na organização dos serviços de saúde. Nesse período a população estadual passou de 3.034.159 para 3.941.613 habitantes, conforme apresentado na (Tabela 7).

Para garantir acesso aos serviços odontológicos é esperado que proporcionalmente ao crescimento populacional também ocorra o crescimento e a expansão das Equipes de Saúde Bucal (eSB) (Gráfico 1), havendo assim uma forma de fornecer o acesso ao atendimento odontológico em todos os municípios do Estado do Amazonas.

**Tabela 7: Histórico da cobertura de saúde bucal no Amazonas (2004-2024)**

Ano	População	Cobertura populacional eSB ESF (%)	Cobertura populacional SB AB (%)
2004	3.034.159	-	-
2005	3.035.004	-	-
2006	3.281.374	-	-
2007	3.311.026	28,51%	40,01%
2008	3.221.940	30,08%	41,89%
2009	3.341.096	30,48%	42,16%
2010	3.393.369	31,12%	42,06%
2011	3.483.985	31,90%	44,32%
2012	3.538.359	33,25%	44,83%
2013	3.590.985	34,31%	47,74%
2014	3.807.921	36,84%	48,01%
2015	3.873.743	36,84%	47,66%
2016	3.938.336	34,03%	47,52%
2017	4.001.667	36,16%	44,34%
2018	4.063.614	39,39%	47,65%
2019	4.080.611	42,14%	49,52%
2020	4.144.597	43,91%	51,77%
2021	4.207.714	45,98%	52,80%
2022	4.269.995	46,14%	52,44%
2023	3.941.613	52,47%	58,93%
2024	3.941.613	48,55%	48,79%

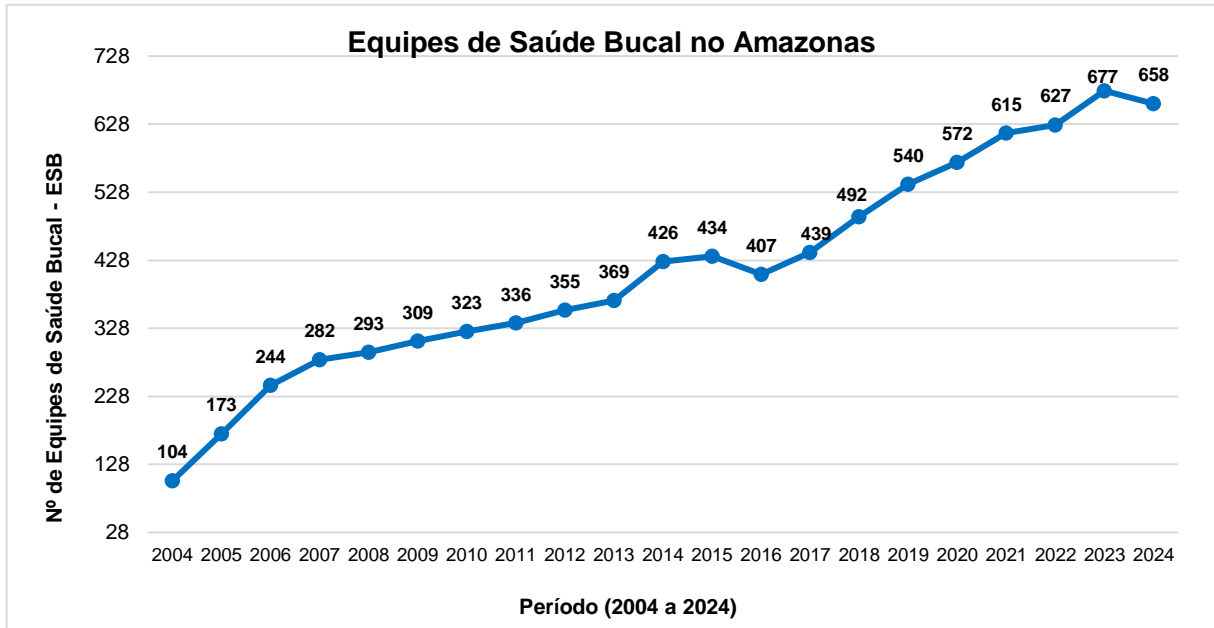
Legenda: Dados de 2003 a 2006: Total de ESF Mod I e Mod II, disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoPagamentoEsf.xhtml>.

Dados de 2007 a 2023: Dado referente ao total de equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família (vinculadas à equipe da ESF) Disponibilizados na seção “Histórico de Cobertura/Cobertura de Saúde Bucal/Relatórios Descontinuados” disponível em: <https://relatorioaps.saude.gov.br/cobertura/saude-bucal/v1>. Dados de 2024: “Cobertura de Saúde Bucal (2024 - atual)” disponível em: <https://relatorioaps.saude.gov.br/cobertura/saude-bucal/v2>. Dados referentes ao mês de dezembro.

Fonte: Autora, com base nos dados do e-Gestor Atenção Básica. Dados coletados em: 05/11/2024 e atualizados em: 16/07/2025

A cobertura populacional em saúde bucal na Atenção Básica é calculada, conforme metodologia do Ministério da Saúde (MS), somando-se o número de equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal (eSF SB) × 3.450 habitantes ao número de equipes parametrizadas e equivalentes × 3.000 habitantes, dividido pela estimativa populacional e multiplicado por 100. O resultado expressa o percentual da população potencialmente assistida pelas equipes de saúde bucal.

**Gráfico 1: Número de equipes de saúde bucal no Estado do Amazonas no período de 2004 a 2024**



Legenda: Dados de 2003 a 2006: Total de ESF Mod I e Mod II, disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoPagamentoEsf.xhtml>. Dados de 2007 a 2023: Dado referente ao total de equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família (vinculadas à equipe da ESF) Disponibilizados na seção “Histórico de Cobertura/Cobertura de Saúde Bucal/Relatórios Descontinuados” disponível em: <https://relatorioaps.saude.gov.br/cobertura/saude-bucal/v1>. Dados de 2024: “Cobertura de Saúde Bucal (2024 - atual)” disponível em: <https://relatorioaps.saude.gov.br/cobertura/saude-bucal/v2>. Dados referentes ao mês de dezembro.

Fonte: Autora, com base nos dados do e-Gestor Atenção Básica. Dados coletados em: 05/11/2024 e atualizados em: 16/07/2025

Entre 2004 a 2024, observa-se uma expansão nas equipes de Saúde Bucal, passando de 104 equipe eSB em 2004, para 658 em 2024 (Gráfico 1). A cobertura populacional da eSB apresenta evolução contínua a partir de 2007, passando de 28,51% para 48,55% em 2024 (Tabela 7). No mesmo período a cobertura de saúde bucal na Atenção Básica (SB AB) variou de 40,01% para 48,79%. O número de equipes atingiu seu pico em 2023, com 677 eSB (Gráfico 1). Apesar da ampliação da oferta de serviços, a cobertura populacional ainda não ultrapassa 50%.

Observa-se no Gráfico 1, um quantitativo de 658 eSB no ano de 2024, a cobertura populacional na ESF foi de 48,55% e na AB 48,79%, valores esses inferiores ao ano de 2023 (Tabela 7). Esses valores aparentemente menores podem ser relacionados a alteração na nova metodologia de cálculo que foi proposto para o

indicador pelo Ministério da saúde, buscando conferir maior precisão. A partir de 2024, o cálculo da cobertura populacional em saúde bucal passou a seguir a metodologia atualizada pelo Ministério da Saúde, conforme descrito na Nota Técnica nº 15/2025-DESCO/SAPS/MS. Nessa atualização, o potencial de cobertura passou a considerar a carga horária das equipes de Saúde Bucal (eSB), sendo estimados 3.500 habitantes para equipes de 40 horas semanais, 2.625 habitantes para equipes de 30 horas e 1.750 habitantes para equipes de 20 horas. Além disso, incorporam-se ao cálculo as populações vinculadas às equipes de Consultório na Rua (eCR), Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e Atenção Primária Prisional (eAPP), quando existentes. O valor total obtido é então dividido pela estimativa populacional do estado e multiplicado por 100, resultando no percentual de população com acesso potencial aos serviços odontológicos da Atenção Primária.

#### **4.3 Evolução dos Indicadores de saúde bucal na Atenção Básica no Estado do Amazonas (2004-2024)**

Os indicadores permitem analisar o acesso e o alcance das ações de saúde bucal. A cobertura da primeira consulta odontológica programática expressa o percentual de pessoas que tiveram acesso a primeira consulta, sendo calculada pela razão entre o número total de primeiras consultas realizadas e a população residente no mesmo período, multiplicado por 100. Já a cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada representa a proporção de pessoas que participaram dessa atividade educativa e preventiva, é obtida a partir da média anual de participantes dividida pela população residente no território e multiplicada por 100.

Entre 2004 e 2011, observa-se relativa estabilidade no número de primeiras consultas odontológicas, variando entre 336.971 em 2004 e 436.047 em 2011, com cobertura oscilando entre 11,11% e 13,72% respectivamente (Tabela 8). A partir de 2012, verificou-se uma queda atingindo 263.518 consulta o que representou 6,59% em 2017 e chegando ao menor valor em 2020, com 23.653 consultas 0,57%. Entre 2021 e 2024, os números permaneceram baixos e inferiores a 3%, apresentando

discreta recuperação em 2023 com 2,05%, seguida de leve redução em 2024 com 1,74% (Tabela 8).

**Tabela 8: Número de primeira consulta odontológica, cobertura da primeira consulta odontológica (%), número de ação coletiva de escovação dental supervisionada, cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada (%), no Amazonas entre 2004-2024**

Ano	Nº absoluto de 1ª consulta odontológica	Cobertura 1ª consulta odontológica (%)	Nº absoluto de ação coletiva de escovação dental supervisionada	Cobertura ação coletiva de escovação dental supervisionada (%)
2004	336.971	11,11	-	-
2005	359.928	11,86	-	-
2006	401.646	12,24	262.027	0,665
2007	454.192	13,72	532.109	1,339
2008	476.169	14,78	1.491.166	3,857
2009	448.706	13,43	982.700	2,451
2010	397.810	11,72	931.199	2,287
2011	436.047	12,52	848.894	2,030
2012	307.492	8,69	789.744	1,860
2013	331.048	9,22	797.207	1,850
2014	408.398	10,72	805.329	1,762
2015	1.241.685	32,05	1.068.514	2,299
2016	518.305	13,16	724.483	1,533
2017	263.518	6,59	571.652	1,190
2018	132.299	3,26	173.500	0,356
2019	106.413	2,61	230.021	0,470
2020	23.635	0,57	42.403	0,085
2021	24.627	0,59	19.561	0,039
2022	29.054	0,68	1.980	0,004
2023	80.784	2,05	1.004	0,002
2024	68.421	1,74	2.495	0,005

Legenda: Dados referentes a produção ambulatorial (códigos: 0301010153 Primeira consulta odontológica programática; 0101020031 ação coletiva de escovação dental supervisionada) do Sistema Único de Saúde no Estado do Amazonas, referente aos meses de janeiro a dezembro.

Fonte: Autora, com base nos dados do Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Dados coletados em: 05/11/2024 e atualizados em: 16/07/2025.

O indicador de ação coletiva de escovação dental supervisionada tem seu início em 2006, com 262.027 participantes, com cobertura de (0,67%), apresenta rápida elevação nos anos seguintes, e teve seu pico em 2008 com 1.491.166 (3,86%). A partir de 2009, observa-se tendência de redução de forma gradual, com oscilações, registrando aproximadamente 1.068.514 (2,30%) em 2015 e diminuindo para 571.652

(1,19%) em 2017. Essa queda torna-se mais acentuada a partir de 2018, registrando valores de (0,002%) em 2023 e (0,005%) em 2024 (Tabela 8).

#### **4.4 Evolução dos Indicadores de saúde bucal na Atenção Especializada no Estado do Amazonas (2004-2024)**

A Atenção Especializada em Saúde Bucal engloba procedimentos de maior complexidade, que são fundamentais para a integralidade do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). Este tópico apresenta a evolução da produção anual de tratamentos endodônticos, prótese dentárias e procedimentos periodontais realizados no Estado do Amazonas entre 2004 e 2024, com base nos dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). A análise permite identificar padrões de oferta e possíveis desigualdades na prestação desses serviços especializados ao longo dos anos.

##### **4.4.1 Produção anual de tratamentos endodônticos**

A produção anual de tratamentos endodônticos no Estado do Amazonas, demonstra ter sofrido variações ao longo desses 20 anos (Tabela 9). Em 2004, foram realizados 4.007 procedimentos, valor que praticamente dobrou em 2005 tendo registrado 7.246 tratamentos e manteve esse crescimento até 2010, quando atingiu sua maior produção com 23.543 tratamentos endodônticos realizados.

Após o pico registrado em 2010 observa-se uma redução gradual, porém com leves oscilações, destacando-se a queda para 14.036 procedimentos em 2013 e posterior estabilização em torno de 10 a 13 mil procedimentos por ano, entre 2014 e 2017. A partir de 2018, a tendência de redução se acentua, com 9.910 tratamentos em 2018 e 10.578 em 2019. Segue uma queda abrupta em 2020, com 4.321 procedimentos, possivelmente associada ao impacto da pandemia COVID-19 na oferta de atendimentos (Tabela 9).

**Tabela 9: Tratamentos endodônticos realizados no Estado do Amazonas entre os anos de 2004-2024**

Anos	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
2004	255	226	235	258	288	335	376	385	504	487	345	313	4.007
2005	290	265	443	632	567	624	474	386	743	996	876	950	7.246
2006	929	1.040	929	932	1.013	969	906	1.139	1.265	1.255	953	1.003	12.333
2007	942	1.132	1.105	913	1.040	986	1.071	1.083	1.233	1.402	1.367	1.099	13.373
2008	344	439	368	521	459	650	589	616	784	8.129	1.285	1.167	15.351
2009	1.370	1.572	1.378	1.264	1.315	1.328	1.331	1.468	1.317	944	856	1.538	15.681
2010	1.645	1.850	1.740	1.929	1.966	2.218	2.100	2.398	2.027	1.997	1.908	1.765	23.543
2011	1.758	1.956	1.943	1.291	2.888	1.708	1.740	1.547	1.619	1.358	1.482	1.319	20.609
2012	1.466	1.302	1.550	1.531	1.590	1.089	1.421	1.293	1.007	1.375	971	748	15.343
2013	1.091	1.064	1.033	1.149	1.040	1.213	1.122	1.322	1.617	1.240	1.143	1.002	14.036
2014	1.110	667	748	1.003	834	798	886	907	1.054	978	906	806	10.697
2015	676	932	875	794	909	746	789	802	787	902	1.773	792	10.777
2016	720	863	990	953	1.016	875	1.019	1.194	933	696	994	966	11.219
2017	840	844	1.255	1.052	1.181	1.238	1.123	1.402	1.219	1.157	1.056	1.011	13.378
2018	708	861	843	944	790	831	624	1.114	1.004	882	608	701	9.910
2019	734	789	722	921	1.021	735	823	1.146	806	876	845	1.160	10.578
2020	829	611	399	62	164	45	168	302	335	392	459	555	4.321
2021	298	128	328	633	524	548	727	851	865	957	853	1.332	8.044
2022	187	569	874	721	840	822	1.239	999	683	1.925	1.453	724	11.036
2023	1.235	955	1.570	1.123	1.136	963	848	935	979	655	1.332	520	12.251
2024	694	832	471	884	669	608	542	921	918	566	500	564	8.169

Legenda: Dados referentes a produção ambulatorial de tratamento endodôntico (códigos: 0307020061 tratamento endodôntico de dente permanente unirradicular; 0307020045 tratamento endodôntico de dente permanente birradicular; 0307020053 tratamento endodôntico de dente permanente com três ou mais raízes) do Sistema Único de Saúde no Estado do Amazonas, referente aos meses de janeiro a dezembro.

Fonte: Autora, com base nos dados do Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Dados coletados em: 05/11/2024 e atualizados em: 16/07/2025.

Entre 2021 e 2024 os números permanecem abaixo do patamar estabelecido historicamente, com 8.044 procedimentos registrados em 2021, discreto aumento em 2023 com 12.251 e nova redução em 2024 com 8.169 tratamentos. De modo geral, os dados coletados evidenciam uma trajetória inicial de expansão, seguida por redução acentuada e instabilidade na produção endodôntica (Tabela 9).

Ao estratificar essa produção ambulatorial de acordo com o número de raízes (Tabela 10) em dentes unirradiculares, birradiculares e com três ou mais raízes, observa-se que em 2004 os tratamentos endodônticos foram predominantemente realizados em dentes unirradiculares (3.058; 76%), seguido por dentes com três ou mais raízes (497; 12%) e birradiculares (452; 11%). Nos anos seguintes verifica-se

um aumento na realização de tratamentos endodônticos em dentes birradiculares, especialmente entre os anos de 2008 a 2010.

Em 2010, ano de maior de produção, foram realizados 10.782 tratamentos endodônticos em dentes birradiculares (46%), 6.167 em dentes multirradiculares (26%), além de 6.594 em dentes unirradiculares (28%) (Tabela 10).

A partir de 2011, os procedimentos em dentes unirradiculares voltaram a representar a maior proporção anual da produção, mantendo-se assim até o ano de 2024, com variações percentuais entre 38% e 44% (Tabela 10).

**Tabela 10: Estratificação dos tipos de tratamentos endodônticos realizados no Estado do Amazonas entre os anos de 2004-2024**

Anos	Dentes Unirradiculares	(%)	Dentes Birradiculares	(%)	Dentes com 3 ou mais raízes	(%)	Total
2004	3.058	76%	452	11%	497	12%	4.007
2005	4.508	62%	1.667	23%	1.071	15%	7.246
2006	7.586	62%	3.157	26%	1.590	13%	12.333
2007	8.800	66%	2.733	20%	1.840	14%	13.373
2008	1.999	13%	7.062	46%	6.290	41%	15.351
2009	3.031	19%	8.814	56%	3.836	24%	15.681
2010	6.594	28%	10.782	46%	6.167	26%	23.543
2011	8.414	41%	7.833	38%	4.362	21%	20.609
2012	6.699	44%	4.608	30%	4.036	26%	15.343
2013	5.895	42%	3.921	28%	4.220	30%	14.036
2014	4.467	42%	2.844	27%	3.386	32%	10.697
2015	4.533	42%	3.245	30%	2.999	28%	10.777
2016	5.074	45%	2.995	27%	3.150	28%	11.219
2017	5.829	44%	3.919	29%	3.630	27%	13.378
2018	3.380	34%	3.143	32%	3.387	34%	9.910
2019	3.987	38%	3.363	32%	3.228	31%	10.578
2020	1.691	39%	1.387	32%	1.243	29%	4.321
2021	3.199	40%	2.395	30%	2.450	30%	8.044
2022	4.433	40%	3.448	31%	3.155	29%	11.036
2023	5.145	42%	3.855	31%	3.251	27%	12.251
2024	3.528	43%	2.669	33%	1.972	24%	8.169

Legenda: Dados referentes a produção ambulatorial de tratamento endodôntico (códigos: 0307020061 tratamento endodôntico de dente permanente unirradicular; 0307020045 tratamento endodôntico de dente permanente birradicular; 0307020053 tratamento endodôntico de dente permanente com três ou mais raízes) do Sistema Único de Saúde no Estado do Amazonas, referente aos meses de janeiro a dezembro.

Fonte: Autora, com base nos dados do Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Dados coletados em: 05/11/2024 e atualizados em: 16/07/2025.

Os dentes unirradiculares atingiram seu maior percentual em 2004 (76%) e o menor em 2008 (13%). Já os birradiculares, que representaram apenas 11% da produção em 2004, alcançaram 56% em 2009 sendo esse o maior percentual da série. Os Tratamentos endodônticos em dentes com 3 ou mais raízes variaram entre 12% no ano de 2004 e 41% no ano de 2008 (Tabela 10).

Entre 2020 e 2024, mesmo com a redução no número absoluto de procedimentos, a distribuição percentual manteve certa estabilidade, com predomínio dos dentes unirradiculares (entre 39% e 43%) e leve crescimento dos dentes birradiculares em 2024 (33%) (Tabela 10).

Observa-se que embora a proporção individual de dentes unirradiculares seja maior em quase todos os anos, ao somar os procedimentos realizados em dentes birradiculares e multirradiculares, esses passam a representar a maior parte da produção anual. Em 2024, por exemplo, os dentes unirradiculares corresponderam a 43% do total, enquanto birradiculares e multirradiculares juntos somaram 57%, padrão também observado em anos como 2023 (58%) e 2022 (60%) (Tabela 10).

#### 4.4.2 Produção anual de próteses dentárias

A produção de próteses dentárias registrada na atenção especializada corresponde ao número de reabilitações orais realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS). Esses dados refletem a atuação dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentárias (LRPD), permitindo acompanhar ao longo dos anos a oferta do procedimento reabilitador oferecido a população que acessa aos serviços de saúde no Amazonas.

A produção anual de prótese totais maxilares e mandibulares (Tabela 11) variou bastante entre os anos de 2004 a 2024. Ao realizar a busca da produção de reabilitação vemos que os números de 2004 a 2007 são pouco expressivos, considerando que apesar de haver registro de procedimento o número é bem baixo, registrando 135 reabilitações em 2004, 62 reabilitações em 2005 e 78 reabilitações

em 2006. As produções mais significativas são apresentadas a partir de 2007, quando foram realizados 2.089 procedimentos reabilitadores através das próteses totais.

**Tabela 11: Produção mensal de próteses totais maxilares e mandibulares realizadas no Estado do Amazonas entre os anos de 2004-2024**

Anos	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
2004	10	10	6	8	12	12	10	14	16	10	10	17	135
2005	14	8	8	14	6	6	6	-	-	-	-	-	62
2006	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78	78
2007	14	103	258	216	126	178	197	161	188	202	197	249	2.089
2008	172	272	273	160	191	175	219	203	180	215	146	128	2.334
2009	111	16	106	167	110	185	73	87	155	105	89	37	1.241
2010	44	81	65	84	125	122	96	145	154	95	159	113	1.283
2011	93	177	87	169	138	190	96	137	136	126	106	75	1.530
2012	101	105	110	74	93	87	81	-	96	159	248	171	1.325
2013	112	119	132	133	265	241	264	262	260	378	241	256	2.663
2014	151	204	151	248	201	128	180	199	263	232	243	245	2.445
2015	144	214	133	265	280	197	242	191	340	327	305	419	3.057
2016	174	195	205	172	312	297	233	221	262	195	132	170	2.568
2017	98	103	83	82	122	130	157	245	140	165	178	183	1.686
2018	144	185	488	407	169	267	194	120	140	210	255	191	2.770
2019	226	244	348	313	351	216	326	360	266	361	280	654	3.945
2020	407	342	252	203	63	117	217	202	236	292	291	179	2.801
2021	158	222	195	198	237	203	313	230	301	195	314	195	2.761
2022	284	311	494	545	446	374	341	394	359	262	366	379	4.555
2023	443	321	392	319	314	551	447	363	375	269	280	239	4.313
2024	296	391	353	422	395	351	272	321	329	331	372	180	4.013

Legenda: Dados referentes a produção ambulatorial de prótese totais maxilares e mandibulares (Códigos: 0701070129 prótese total mandibular, 0701070137 prótese total maxilar) do Sistema Único de Saúde no Estado do Amazonas, referente aos meses de janeiro a dezembro.

Fonte: Autora, com base nos dados do Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Dados coletados em: 05/11/2024 e atualizados em: 16/07/2025.

A produção mensal de prótese totais maxilares e mandibulares no Estado do Amazonas apresentou aumento ao longo do período analisado (Tabela 11). Em 2007, registrou-se o primeiro grande volume anual, totalizando 2.089 reabilitações. A distribuição mensal desse ano evidenciou maior concentração em dezembro (249), embora os demais meses também tenham apresentado produção elevada em comparação aos anos anteriores.

Nos anos seguintes, observou-se manutenção de patamares mais elevados em relação ao início da série, com variações anuais. Em 2008 a produção totalizou 2.334 procedimentos reabilitadores, com destaque para fevereiro (272) e março (273), meses de maior registro. Já em 2009, houve redução para 1.241 procedimentos, com em junho (185). Em 2010 e 2011, a produção manteve-se próxima, com 1.283 e 1.530, respectivamente, sendo o mês de novembro de 2012 (248) o de maior concentração naquele triênio (Tabela 11).

A partir de 2013 (Tabela 11) verificou-se um novo crescimento com 2.663 reabilitações realizadas, alcançando 3.057 próteses em 2015, ano marcado por maior produção no mês de dezembro (419). Em 2019, foi registrado um aumento expressivo para 3.945 próteses dentárias maxilares e mandibulares, com pico em novembro (654). O volume mais alto da produção foi registrado em 2022, com 4.555 próteses, distribuídas de forma concisa ao longo dos meses, sendo março (494) e junho (551) os meses de maior produção.

Em 2023, foram produzidas 4.313 próteses totais maxilares e mandibulares, com maior volume registrado em junho (551) seguido de julho (447) e janeiro (443). No ano seguinte, a produção totalizou 4.013 reabilitações, apresentando concentração nos meses de abril (422), maio (395) e fevereiro (391), mantendo-se entre os maiores patamares do período analisado, ainda que com leve redução em relação ao ano anterior (Tabela 11).

A Tabela 12 apresenta a distribuição mensal da produção de próteses totais maxilares. Em 2007, foi identificado um crescimento expressivo, alcançando 1.288 reabilitações, com maior produção em março (160), dezembro (146) e abril (113). Em 2019, registrou-se o volume mais alto até aquele momento, com 2.557 próteses, destacando-se os meses de dezembro (413), março (243) e maio (249).

Após o pico registrado em 2019, a produção que até então encontrava-se em processo de expansão, apresentou uma queda considerável entre os anos de 2020 e 2021, apresentando registros referentes aos serviços de reabilitação inferiores a 2000 próteses maxilares anuais para o Estado do Amazonas, precisamente valores de (1.896) e (1.656) respectivamente (Tabela 12).

Nos anos seguintes, manteve-se um nível elevado de produção, atingindo o pico em 2022 com 2.818 procedimentos reabilitadores (Tabela 12).

**Tabela 12: Produção mensal de próteses totais maxilares realizadas no Estado do Amazonas entre os anos de 2004-2024**

Anos	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
2004	5	5	3	4	6	6	5	7	8	5	6	10	70
2005	7	4	4	8	3	3	3	-	-	-	-	-	32
2006	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	36	36
2007	11	73	160	113	94	121	115	107	115	117	116	146	1.288
2008	124	162	171	109	122	114	139	137	122	148	96	88	1.532
2009	69	9	75	105	67	124	47	55	109	66	53	21	800
2010	26	53	39	55	75	80	58	87	85	56	107	71	792
2011	50	108	52	105	73	115	53	96	85	73	69	47	926
2012	61	67	70	47	65	56	57	-	66	112	165	108	874
2013	59	73	83	90	172	144	162	157	149	211	157	164	1.621
2014	94	135	106	157	129	89	118	121	153	140	149	139	1.530
2015	89	129	78	157	171	110	142	116	207	193	176	265	1.833
2016	107	114	119	117	160	169	144	136	173	126	78	105	1.548
2017	66	72	50	47	80	78	95	153	89	99	118	115	1.062
2018	91	116	326	273	97	171	136	82	100	145	159	118	1.814
2019	139	155	243	201	249	135	213	227	167	223	192	413	2.557
2020	285	230	169	127	36	77	145	138	155	212	208	114	1.896
2021	72	149	126	119	135	136	198	144	175	109	178	115	1.656
2022	162	189	317	369	280	242	177	246	231	169	217	219	2.818
2023	257	217	228	190	193	359	282	210	210	154	164	153	2.617
2024	174	227	205	278	263	241	170	193	228	238	240	129	2.586

Legenda: Dados referentes a produção ambulatorial de prótese totais maxilares (Código: 0701070137) do Sistema Único de Saúde no Estado do Amazonas, referente aos meses de janeiro a dezembro.

Fonte: Autora, com base nos dados do Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Dados coletados em: 05/11/2024 e atualizados em: 16/07/2025.

Em 2022 foi registrado o maior volume de produção de reabilitações com prótese do tipo maxilar (2.818). O seu pico de produção foi no mês de abril (369), enquanto que em janeiro teve a menor produção do ano (162) um número que se comparado a meses anteriores já é considerado alto (Tabela 12).

Em 2024, foram confeccionadas 2.586 próteses maxilares, com maior concentração nos meses de abril (278), maio (263) e outubro (238). Mantendo a então trajetória de expansão que vem sendo traçada até o presente momento.

**Tabela 13: Produção mensal de próteses totais mandibulares realizadas no Estado do Amazonas entre os anos de 2004-2024**

Anos	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
2004	5	5	3	4	6	6	5	7	8	5	4	7	65
2005	7	4	4	6	3	3	3	-	-	-	-	-	30
2006	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	42	42
2007	3	30	98	103	32	57	82	54	73	85	81	803	801
2008	48	110	102	51	69	61	80	66	58	67	50	40	802
2009	42	7	31	62	43	61	26	32	46	39	36	16	441
2010	18	28	26	29	50	42	38	58	69	39	52	42	491
2011	43	69	35	64	65	75	43	41	51	53	37	28	604
2012	40	38	40	27	28	31	24	-	30	47	83	63	451
2013	53	46	49	43	93	97	102	105	111	167	84	92	1.042
2014	57	69	45	91	72	39	62	78	110	92	94	106	915
2015	55	85	55	108	109	87	100	75	133	134	129	154	1.224
2016	67	81	86	55	152	128	89	85	89	69	54	65	1.020
2017	32	31	33	35	42	52	62	92	51	66	60	68	624
2018	53	69	162	134	72	96	58	38	40	65	96	73	956
2019	87	89	105	112	102	81	113	133	99	138	88	241	1.388
2020	122	112	83	76	27	40	72	64	81	80	83	65	905
2021	86	73	69	79	102	67	115	86	126	86	136	80	1.105
2022	122	122	177	176	166	132	164	148	128	93	149	160	1.737
2023	186	104	164	129	121	192	165	153	165	115	116	86	1.696
2024	122	164	148	144	132	110	102	128	101	93	132	51	1.427

Legenda: Dados referentes a produção ambulatorial de prótese totais mandibulares (Código: 0701070129) do Sistema Único de Saúde no Estado do Amazonas, referente aos meses de janeiro a dezembro.

Fonte: Autora, com base nos dados do Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Dados coletados em: 05/11/2024 e atualizados em: 16/07/2025.

Na tabela 13 foi feita a estratificação da produção de próteses mandibulares. Em comparação as tabelas anteriores e como visto anteriormente a produção de próteses teve o primeiro grande volume no ano de 2007, com (801) procedimentos reabilitadores no arco inferior, distribuídos de maneira uniforme entre os meses de janeiro a dezembro do ano de 2007.

Após isso a produção de reabilitação referente ao arco inferior seguiu em ritmo de expansão, porém em 2009 e 2010 apresentou quedas em seus registros, com as produções de 441 procedimentos e 491 procedimentos, respectivamente. A partir de 2011 a produção começa a ter um aumento (604), mas no ano de 2012 cai novamente (451) chegando nesse mesmo ano referido a ter meses como agosto em que não houveram produções registradas (Tabela 13).

Em 2013 o número de produção de próteses inferiores aumentou consideravelmente (1.042), tendo seu pico no mês de outubro (167), sua menor volume de reabilitações foi apresentado em abril com apenas (43). Após 2013 a produção segue em progresso, sofrendo pouca variação entre os anos de 2014 a 2016 (Tabela 13).

A partir de 2017 temos novamente uma queda na produção ambulatorial de próteses dentárias, apresentando um valor de 624 procedimentos realizados, mesmo tendo apresentado um registro de 1.020 no ano anterior. Em 2018 é observado uma melhora ainda que pouco significativa (956) quando comparada a produção dos anos anteriores (Tabela 13).

No ano de 2020 apesar da produção sofrer influência da pandemia COVID-19 consegue registra uma produção de 905 reabilitações, porém esses registros não se distribuem de maneira uniforme entre janeiro a dezembro, havendo meses como junho em que a produção de prótese registro apenas 40 reabilitações em todo o Estado do Amazonas (Tabela 13).

Entre os anos de 2021 a 2024 o número de procedimentos realizados começou a apresentar certa uniformidade na distribuição, sofrendo pouca variação. Em 2022 foi registrada a maior produção de próteses mandibulares no Estado, com 1.737 reabilitações registradas.

Os anos de 2023 e 2024 se destacam por manter o padrão na produção realizadas, mantendo a trajetória de expansão, além da distribuição dessa produção acontecer de forma robusta mensalmente, apresentando em quase todos os meses pelo menos 100 reabilitações.

Na tabela 14 é demonstrado a comparação entre ambas as produções de próteses totais realizadas no Estado do Amazonas, sendo elas maxilares ou mandibulares.

**Tabela 14: Produção anual (%) de próteses totais maxilares mandibulares realizadas no Estado do Amazonas entre os anos de 2004-2024**

Anos	Maxilar	(%)	Mandibular	(%)	Total
2004	70	52%	65	48%	135
2005	32	52%	30	48%	62
2006	36	46%	42	54%	78
2007	1.288	62%	801	38%	2.089
2008	1.532	66%	802	34%	2.334
2009	800	64%	441	36%	1.241
2010	792	62%	491	38%	1.283
2011	926	61%	604	39%	1.530
2012	874	66%	451	34%	1.325
2013	1.621	61%	1.042	39%	2.663
2014	1.530	63%	915	37%	2.445
2015	1.833	60%	1.224	40%	3.057
2016	1.548	60%	1.020	40%	2.568
2017	1.062	63%	624	37%	1.686
2018	1.814	65%	956	35%	2.770
2019	2.557	65%	1.388	35%	3.945
2020	1.896	68%	905	32%	2.801
2021	1.656	60%	1.105	40%	2.761
2022	2.818	62%	1.737	38%	4.555
2023	2.617	61%	1.696	39%	4.313
2024	2.586	64%	1.427	36%	4.013

Legenda: Dados referentes a produção ambulatorial de prótese totais mandibulares (Códigos: 0701070129 prótese total mandibular, 0701070137 prótese total maxilar) do Sistema Único de Saúde no Estado do Amazonas, referente aos meses de janeiro a dezembro.

Fonte: Autora, com base nos dados do Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Dados coletados em: 05/11/2024 e atualizados em: 16/07/2025.

Ao estratificar a produção de próteses dentárias em maxilares e mandibulares (Tabela 14) observa-se que apesar das variações ao longo dos 20 anos analisados, manteve-se o predomínio da produção de reabilitações no arco superior. Desde 2007, a produção das próteses maxilares variou entre 60% a 66%, alcançando o maior percentual em 2020 (68%). O único ano que a produção mandibular superou a maxilar foi em 2006, com 42 reabilitações (54%) para o arco inferior e 36 reabilitações (46%) para o arco superior.

No ano de 2022 a produção teve o maior número registrado com 4.555 reabilitações, sendo que destas 62% corresponderam a próteses maxilares e 38% mandibulares. Em sequência o ano de 2023 a distribuição manteve-se semelhante, tendo 2.617 (61%) próteses superiores e 1.696 (39%) próteses inferiores (Tabela 14).

Em 2024, manteve-se o mesmo padrão histórico, 4.013 próteses produzidas, sendo que dessas 2.586 (64%) foram reabilitações relacionadas ao arco superior e 1.427 (36%) do arco inferior (Tabela 14).

#### 4.4.3 Produção anual de tratamentos periodontais

A Tabela 15 apresenta a produção anual de tratamentos periodontais realizados no Estado do Amazonas no período de 2004 a 2024. Em 2004 foram registrados 1.996 procedimentos, número esse que cresceu nos anos seguintes, superando a marca de 10.000 tratamentos em 2008 com (10.778). Esse aumento manteve-se até atingir 15.348 em 2011, após esse período a produção apresenta leve oscilação, porém a cada ano apresentando valores menores que o ano anterior.

Em 2012 a produção apesar de apresentar um volume menor (15.250), não regride tanto se comparado ao ano de 2011. Porém logo em seguida no ano de 2013 registrou uma produção de 13.006 procedimentos periodontais realizados, apresenta uma leve melhora em 2014 com 14.598. A partir de 2015 a 2020 passa a apresentar uma produção em escala regressiva, apresentando valores de 13.706 até atingir 1.058, em 2020 (Tabela 15).

Após o menor registro de produção visto em 2020, observa-se uma recuperação inicial em 2021, com 3.908 procedimentos, seguida por uma leve redução em 2022 (3.279). E em 2023, ocorre um aumento expressivo, alcançando 7.332 tratamentos periodontais realizados na atenção especializada do Estado do Amazonas (Tabela 15)

Em 2024, foram registrados 5.656 procedimentos periodontais, número inferior ao observado no ano anterior, mas que ainda se configura entre os mais elevados dos

últimos anos, evidenciando a recuperação parcial da produção quando comparada aos períodos de menor desempenho (Tabela 15).

**Tabela 15: Produção anual de tratamentos periodontais realizados no Estado do Amazonas entre os anos de 2004-2024**

<b>Anos</b>	<b>Total</b>
<b>2004</b>	1.996
<b>2005</b>	3.076
<b>2006</b>	6.212
<b>2007</b>	7.600
<b>2008</b>	10.778
<b>2009</b>	9.879
<b>2010</b>	11.530
<b>2011</b>	15.348
<b>2012</b>	15.250
<b>2013</b>	13.006
<b>2014</b>	14.598
<b>2015</b>	13.706
<b>2016</b>	12.738
<b>2017</b>	10.950
<b>2018</b>	3.653
<b>2019</b>	2.820
<b>2020</b>	1.058
<b>2021</b>	3.908
<b>2022</b>	3.279
<b>2023</b>	7.332
<b>2024</b>	5.656

Legenda: Dados referentes a produção ambulatorial de tratamento periodontal (Códigos: 0414020081 Enxerto gengival; 0414020154 Gengivectomia por sextante, 0414020162 Gengivoplastia por sextante; 0414020375 Tratamento cirúrgico periodontal por sextante) do Sistema Único de Saúde no Estado do Amazonas, referente aos meses de janeiro a dezembro.

Fonte: Autora, com base nos dados do Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Dados coletados em: 05/11/2024 e atualizados em: 16/07/2025.

Cabe ressaltar que, dentro dessa produção, estão incluídos procedimentos como enxerto gengival, tratamento cirúrgico periodontal, gengivectomia e gengivoplastia (por sextante).

Considerando o período analisado, observa-se que mesmo com quedas expressivas após 2014, a produção voltou a apresentar crescimento a partir de 2021, alcançando em 2023 o maior valor desde 2017 e encerrando 2024 ainda acima dos valores que anteriormente foram registrados na série (Tabela 15).

A Tabela 16 apresenta a produção mensal de procedimentos periodontais estratificados, especificamente relacionados ao enxerto gengival. Em 2004, foram registrados 69 procedimentos, com maior concentração nos meses de outubro (13) e novembro (11). No ano seguinte houve um aumento expressivo, totalizando 292 procedimentos realizados, com destaque para o segundo semestre do ano que apresentou os melhores resultados, agosto (38), setembro (40), outubro (39) e novembro (35) e dezembro (38).

Ao realizar a coleta dos dados secundários, provenientes do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e buscar pela produção de enxerto gengival (Código 0414020081) foi observado um único registro no ano de 2006 referente ao mês de outubro, para o ano de 2007 ao realizar a busca não foram encontradas produções registradas (Tabela 16).

**Tabela 16: Produção mensal de enxerto gengival no Estado do Amazonas entre os anos de 2004-2024**

Anos	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
2004	8	5	3	2	4	4	4	4	5	13	11	6	69
2005	6	8	10	26	12	13	27	38	40	39	35	38	292
2006	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2008	6	21	11	15	8	8	8	25	33	51	-	22	208
2009	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
2010	-	-	7	1	1	2	2	2	1	2	2	1	21
2011	3	7	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	23
2012	4	61	69	1	1	1	1	1	1	1	1	2	144
2013	1	1	1	2	2	1	1	1	1	9	2	2	24
2014	1	1	1	8	2	6	1	1	1	2	2	2	28
2015	1	2	4	5	11	1	1	5	1	1	1	1	34
2016	2	1	1	1	2	1	2	2	4	2	5	2	25
2017	1	2	4	1	1	1	3	3	2	3	1	23	45
2018	1	4	5	7	-	-	-	39	12	5	2	1	76
2019	2	4	56	10	-	-	-	-	62	62	60	45	301
2020	-	-	14	-	-	-	39	2	84	7	9	27	182
2021	-	-	35	78	51	22	45	32	370	111	146	541	1.431
2022	38	48	61	50	21	29	254	-	55	1	-	140	697
2023	243	245	43	1	140	143	143	-	140	380	147	163	1.788
2024	115	111	40	249	166	243	60	224	129	-	-	100	1.437

Legenda: Dados referentes a produção ambulatorial de enxerto gengival (Código 0414020081) do Sistema Único de Saúde no Estado do Amazonas, referente aos meses de janeiro a dezembro.

Fonte: Autora, com base nos dados do Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Dados coletados em: 05/11/2024 e atualizados em: 16/07/2025.

Em 2008, a produção somou 208 procedimentos, novamente com concentração em meses específicos, como setembro (33) e outubro (51). Entre 2009 e 2011 os valores permaneceram baixos, variando entre 2 e 23 procedimentos anuais, com distribuição pouco uniforme ao longo dos meses (Tabela 16).

A partir de 2012 observa-se o registro de crescimento atingindo 144 procedimentos, esse registro se dá principalmente devido aos números referentes ao primeiro semestre, com destaque para os meses de fevereiro (61) e março (69). No entanto, entre 2013 e 2016 as produções oscilaram entre 24 e 34 procedimentos anuais. Somente no ano de 2017 foi registrado novamente uma suave melhora, porém ainda que com somente 45 procedimentos registrados no ano. Em 2019 esse ritmo de progressão segue e a produção total foi de 301 procedimentos, representando um salto significativo, concentrado nos meses de setembro (62) outubro (62) e novembro (60) (Tabela 16).

No ano de 2020 foram registrados 182 enxertos periodontais no Estado do Amazonas, com concentração em setembro (84), porém existem pelo menos 5 meses do ano que não registraram suas produções. No ano seguinte a produção aumentou para 1.431, impulsionada pelos meses de setembro (370) e dezembro (541) (Tabela 16).

Em 2022, houve uma queda para 697 procedimentos, com destaque para julho (254) e novembro (140). Em 2023 foi registrada a maior produção ao longo dos 20 anos, com 1.788 procedimentos relacionados, dessa vez sendo distribuídos de forma mais uniforme ao longo dos meses (Tabela 16).

No ano seguinte em 2024, foi registrado o segundo maior volume de produção da série com 1.437, mantendo altas produções nos meses de abril (249), junho (243) e agosto (224) (Tabela 16).

Em relação ao procedimento de enxerto gengival foi observado que durante todos os 20 anos apresentou oscilações em sua produção sendo anual ou mensal, porém somente nos últimos 4 anos foi visto que a produção apresentou seus melhores resultados.

Esse cenário é diferente quando se fala em gengivoplastia e gengivectomia (Código: 0414020154; Código: 0414020162) (Tabela 17) que em todos os anos representaram os maiores volumes de tratamento na área da periodontia.

Ainda em 2004 essa realidade se manifesta, foram realizados 1.391 procedimentos, distribuídos de maneira uniforme entre os meses de janeiro a dezembro. Nos anos seguintes a produção é registrada em escala progressiva, havendo crescimento, no ano de 2005 foram realizadas 1.940 produções, em 2006 (3.822), em 2007 (4.647) e em 2008 esse aumento foi ainda maior com 7.793 procedimentos, concentrados especificamente nos meses de junho (520), julho (965), agosto (1.091) e setembro (1.002) (Tabela 17).

**Tabela 17: Produção mensal de gengivoplastias e gengivectomias realizados no Estado do Amazonas entre os anos de 2004-2024**

Anos	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
2004	75	144	59	70	124	109	111	94	148	129	167	161	1.391
2005	108	105	103	197	113	116	159	123	201	257	260	198	1.940
2006	209	234	306	262	365	301	335	372	376	343	327	392	3.822
2007	337	155	309	276	339	372	574	491	526	541	420	307	4.647
2008	165	458	429	512	492	520	965	1.091	1.002	773	351	635	7.393
2009	444	604	421	733	594	691	750	537	611	589	319	316	6.609
2010	496	632	282	467	857	864	746	840	729	827	669	681	8.090
2011	511	958	833	765	720	1.079	739	790	816	832	977	712	9.732
2012	666	690	1.067	763	1.016	771	805	1.049	728	618	605	573	9.351
2013	599	649	664	699	718	613	721	717	698	634	738	655	8.105
2014	721	633	729	743	816	611	755	765	790	783	688	693	8.727
2015	608	624	845	693	808	734	763	705	639	656	718	600	8.393
2016	635	653	665	716	696	672	795	724	753	750	841	652	8.552
2017	672	667	801	628	687	599	586	596	240	544	550	482	7.052
2018	183	143	223	115	133	119	78	456	171	559	175	107	2.462
2019	111	89	113	129	192	102	121	293	162	116	93	149	1.670
2020	130	128	98	1	-	1	58	31	15	25	30	41	558
2021	1	-	53	132	28	108	106	456	299	195	179	381	1.938
2022	98	61	161	118	285	224	225	81	88	78	56	103	1.578
2023	315	249	398	235	258	171	260	135	134	663	318	20	3.156
2024	366	273	163	245	300	556	115	308	279	87	138	259	3.089

Legenda: Dados referentes a produção ambulatorial de gengivoplastias e gengivectomias (Código: 0414020154 Gengivectomia por sextante, Código: 0414020162 Gengivoplastia por sextante) do Sistema Único de Saúde no Estado do Amazonas, referente aos meses de janeiro a dezembro.

Fonte: Autora, com base nos dados do Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Dados coletados em: 05/11/2024 e atualizados em: 16/07/2025.

Em 2009 e 2010 os números de procedimentos realizados mantiveram-se elevados, com 6.609 e 8.090 registros, respectivamente. Já em 2011, atingiu-se um dos maiores patamares de toda a série histórica, 9.732 procedimentos, destacando-se fevereiro (958), junho (1.079) e novembro (977) (Tabela 17). Em 2012, o total manteve-se alto (9.351), ainda que ligeiramente inferior ao ano anterior, com picos registrados nos meses de maio (1.016) e agosto (1.049). Entre 2013 e 2017, a produção permaneceu acima de 7 mil procedimentos anuais, com destaque para 2014 (8.727) e 2016 (8.552), caracterizando um período de estabilidade com patamares elevados (Tabela 17).

A partir de 2018 observa-se um declínio, com 2.462 procedimentos naquele ano e apenas 1.670 em 2019. O menor volume da série foi registrado em 2020 (558), seguido de recuperação parcial em 2021 (1.938) e novo recuo em 2022 (1.578). Nos anos mais recentes, os números voltaram a crescer, chegando a 3.156 em 2023, com destaque para outubro (663), e 3.089 em 2024, quando foi observado maior concentração nos meses de janeiro (366) e junho (556).

Em relação ao tratamento cirúrgico periodontal (Código: 0414020375), segue em uma escala de crescimento observada entre os anos de 2004 a 2012, na sua produção de 2004 apresentou valores referentes a 536 tratamentos cirúrgicos periodontais realizados no Estado do Amazonas (Tabela 18). Em 2006 esse número cresceu rapidamente, registrando a realização de 2.389 procedimentos. No ano de 2012 teve uma produção de 5.755, finalizando o período marcado por crescimento.

Em 2013 é apresentada uma leve redução da produção ambulatorial do Estado, registrando o número de 4.877 tratamentos. Essa produção apresenta recuperação no seguinte com 5.823, após esse período a produção vai diminuindo a cada ano, registrado entre os anos de 2016 a 2020 um período de declínio. A primeira queda é registrada em 2016 com 4.161 procedimentos, a partir de então em 2017 (3.853), 2018 (1.115) (Tabela 18).

Entre os anos de 2019 a 2021 foram os piores anos da série, únicos a registrarem produções anuais com menos de 1.000 tratamentos realizados, com exceções de 2004 e 2005, anos em que a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) ainda estava sendo estabelecida (Tabela 18)

**Tabela 18: Produção mensal de tratamento cirúrgico periodontal no Estado do Amazonas entre os anos de 2004-2024**

<b>Anos</b>	<b>Jan</b>	<b>Fev</b>	<b>Mar</b>	<b>Abr</b>	<b>Mai</b>	<b>Jun</b>	<b>Jul</b>	<b>Ago</b>	<b>Set</b>	<b>Out</b>	<b>Nov</b>	<b>Dez</b>	<b>Total</b>
<b>2004</b>	36	25	-	25	25	41	50	2	107	59	78	88	536
<b>2005</b>	75	68	60	102	44	67	54	48	79	77	98	72	844
<b>2006</b>	61	95	164	225	282	212	194	222	226	230	312	166	2.389
<b>2007</b>	161	161	248	228	196	251	379	221	243	332	283	250	2.953
<b>2008</b>	247	304	236	209	205	226	232	361	370	294	227	266	3.177
<b>2009</b>	288	288	253	331	296	242	294	249	255	231	270	271	3.268
<b>2010</b>	218	358	209	259	326	237	316	353	338	340	245	220	3.419
<b>2011</b>	489	568	679	665	417	443	419	380	396	399	410	328	5.593
<b>2012</b>	426	431	536	426	425	410	566	819	466	551	393	306	5.755
<b>2013</b>	267	405	451	532	446	344	437	486	402	304	418	385	4.877
<b>2014</b>	459	432	431	544	391	389	483	585	661	508	511	449	5.843
<b>2015</b>	460	546	506	370	444	415	409	353	475	527	412	362	5.279
<b>2016</b>	401	405	410	356	364	360	336	309	331	292	311	286	4.161
<b>2017</b>	333	353	354	326	452	341	319	371	97	296	310	301	3.853
<b>2018</b>	104	107	118	77	92	72	59	130	105	81	90	80	1.115
<b>2019</b>	83	82	66	80	91	42	85	83	68	76	49	44	849
<b>2020</b>	71	38	45	5	-	-	2	17	83	15	11	31	318
<b>2021</b>	-	-	1	29	32	43	85	31	41	213	41	23	539
<b>2022</b>	61	69	85	44	64	42	227	45	138	55	122	52	1.004
<b>2023</b>	378	75	271	263	294	169	279	83	288	30	44	214	2.388
<b>2024</b>	77	58	90	49	284	80	208	74	55	60	69	26	1.130

Legenda: Dados referentes a produção ambulatorial de tratamento cirúrgico periodontal (Código: 0414020375 Tratamento cirúrgico periodontal por sextante) do Sistema Único de Saúde no Estado do Amazonas, referente aos meses de janeiro a dezembro.

Fonte: Autora, com base nos dados do Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Dados coletados em: 05/11/2024 e atualizados em: 16/07/2025.

O ano de 2022 representou a primeira recuperação com 1.004 procedimentos anuais, porém concentrados no segundo semestre do ano, especificamente nos meses de julho (227), setembro (138) e novembro (122) (Tabela 18).

No ano seguinte, em 2023 a produção representou mais do que o dobro alcançado no ano anterior, atingindo o total de 2.388 procedimentos realizados, representando uma melhora considerável, dessa vez distribuídos de maneira mais uniforme entre os meses de janeiro a dezembro. Porém em 2024, novamente a produção ambulatorial de tratamento cirúrgico periodontal voltou a cair, sendo realizados 1.130 procedimentos (Tabela 18).

Na Tabela 19 ao comparar a distribuição anual de tratamentos periodontais fica evidente que a maioria dos procedimentos é composta por gengivoplastia e gengivectomias. De 2004 a 2020, esse grupo se manteve como o principal de tipo de procedimentos periodontal realizado, representando sempre mais da metade da produção anual, com percentuais que variaram entre 59,22% (2019) e 70,16% (2010).

**Tabela 19: Produção anual (%) de tratamentos periodontais realizados no Estado do Amazonas entre os anos de 2004-2024**

Ano	Enxerto Gengival	(%)	Gengivoplastia Gengivectomia	(%)	Tratamento Cirúrgico Periodontal	(%)	Total
2004	69	3,46%	1.391	69,69%	536	26,85%	1.996
2005	292	9,49%	1.940	63,07%	844	27,44%	3.076
2006	1	0,02%	3.822	61,53%	2.389	38,46%	6.212
2007	-	-	4.647	61,14%	2.953	38,86%	7.600
2008	208	1,93%	7.393	68,59%	3.177	29,48%	10.778
2009	2	0,02%	6.609	66,90%	3.268	33,08%	9.879
2010	21	0,18%	8.090	70,16%	3.419	29,65%	11.530
2011	23	0,15%	9.732	63,41%	5.593	36,44%	15.348
2012	144	0,94%	9.351	61,32%	5.755	37,74%	15.250
2013	24	0,18%	8.105	62,32%	4.877	37,50%	13.006
2014	28	0,19%	8.727	59,78%	5.843	40,03%	14.598
2015	34	0,25%	8.393	61,24%	5.279	38,52%	13.706
2016	25	0,20%	8.552	67,14%	4.161	32,67%	12.738
2017	45	0,41%	7.052	64,40%	3.853	35,19%	10.950
2018	76	2,08%	2.462	67,40%	1.115	30,52%	3.653
2019	301	10,67%	1.670	59,22%	849	30,11%	2.820
2020	182	17,20%	558	52,74%	318	30,06%	1.058
2021	1.431	36,62%	1.938	49,59%	539	13,79%	3.908
2022	697	21,26%	1.578	48,12%	1.004	30,62%	3.279
2023	1.788	24,39%	3.156	43,04%	2.388	32,57%	7.332
2024	1.437	25,41%	3.089	54,61%	1.130	19,98%	5.656

Legenda: Dados referentes a produção ambulatorial de tratamento periodontal (Códigos: 0414020081 Enxerto gengival; 0414020154 Gengivectomia por sextante, 0414020162 Gengivoplastia por sextante; 0414020375 Tratamento cirúrgico periodontal por sextante) do Sistema Único de Saúde no Estado do Amazonas, referente aos meses de janeiro a dezembro.

Fonte: Autora, com base nos dados do Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Dados coletados em: 05/11/2024 e atualizados em: 16/07/2025.

A partir de 2021 observa-se uma alteração nesse padrão, com redução da participação das gengivoplastia/gengivectomia, que representaram 49,59% da produção total daquele ano e 48,12% em 2022. Em contrapartida, os enxertos gengivais, que até apresentavam percentuais reduzidos (geralmente inferiores a 1%), passaram a ganhar maior representatividade, correspondendo a 36,62% da produção em 2021, 21,26% em 2022, 24,39% em 2023, e 25,41% em 2024 (Tabela 19).

Em 2024, a proporção de gengivoplastia/gengivectomia voltou a ultrapassar metade dos procedimentos periodontais (54,61%), enquanto os tratamentos cirúrgicos periodontais apresentaram percentuais que variam entre 13,79% (2021) e 32,57% (2023), havendo diminuição em 2024 com 19,98% (Tabela 19).

#### **4.4 Avaliação do acesso e a resolutividade dos serviços odontológicos na atenção primária e especializada nas regionais em saúde Purus e Juruá do Estado do Amazonas**

A Tabela 20 descreve a organização da agenda e oferta de ações da equipe na regional em saúde do Purus, a partir de seis questões (1 a 6). Nesta regional, o estudo contou com a participação de 37 dentistas, dos quais, nove (24,3%) eram do município Boca do Acre, três (8,1%) de Canutama, 13 (35,1%) de Lábrea, quatro (10,8%) de Pauini e oito (21,6%) do município de Tapauá.

Considerando os resultados mais frequentes da Tabela 20, observou-se que de 57 respostas dos 37 dentistas, o atendimento clínico da equipe de saúde bucal garante atendimento agendado / programado (29 – 50,9%). Quanto ao acolhimento realizado pela equipe de saúde bucal, de 100 respostas, 30 (30,0%) responderam que escutam a queixa do usuário, 26 (26,0%) avaliam sua necessidade e 24 (24,0%) realizam seu atendimento clínico (Tabela 20).

Quanto ao principal fluxo para o acolhimento do usuário, de 38 respostas, 23 (60,5%) destacaram que o atendimento do usuário é realizado por ordem de chegada, sendo esta a resposta mais frequente entre todas. Com relação à principal forma de agendamento da primeira consulta odontológica, de 39 respostas, 27 (69,2%) demonstraram que a mesma é realizada na recepção da UBS, junto com o

agendamento para os demais profissionais e 11 (28,2%) afirmaram que a mesma ocorre no próprio consultório odontológico, pela equipe de saúde bucal (Tabela 20).

No que concerne à principal forma de marcação de consulta para a continuidade do tratamento odontológico, de 37 respostas, 25 (67,6%) apontaram que a próxima consulta é marcada no final da consulta anterior e oito (21,6%) que a próxima consulta é marcada pelo usuário na UBS, podendo ser agendada posteriormente (Tabela 20).

A Tabela 21 descreve relação da ESB com outros pontos da rede de atenção de saúde dos municípios que compõem a regional do Purus. Este bloco foi composto por oito questões (7 a 14). Os resultados da tabela 2 demonstraram que, a partir das respostas dos 37 dentistas, 25 (67,6%) responderam que não existe oferta de atendimento de urgência odontológica na rede de saúde nos horários em que a equipe de saúde bucal não trabalha e 63 (62,2%) responderam que existe oferta de consultas especializadas na rede de saúde para que a equipe de saúde bucal possa encaminhar o usuário.

**Tabela 20: Caracterização da organização da agenda e oferta de ações da equipe na regional em saúde do Purus - Estado do Amazonas**

QUESTÃO	n	%
<b>1. Em qual dos municípios você atua como cirurgião(ã) dentista?</b>	<b>(n = 37)</b>	
Boca do Acre	9	24,3
Canutama	3	8,1
Lábrea	13	35,1
Pauini	4	10,8
Tapauá	8	21,6
<b>2. O atendimento clínico da Equipe de Saúde Bucal garante:</b>	<b>(n = 57)</b>	
Atendimento agendado/ programado	29	50,9
Atendimento de demanda espontânea	28	49,1
<b>3. No acolhimento, a Equipe de Saúde Bucal:</b>	<b>(n = 100)</b>	
Escuta a queixa do usuário	30	30,0
Avalia a necessidade de saúde do usuário	26	26,0
Agenda a consulta do usuário para outro dia/turno	9	9,0
Realiza atendimento clínico	24	24,0
Encaminha o usuário para outro serviço	8	8,0
Não realiza acolhimento	3	3,0
<b>4. Qual é o principal fluxo para o acolhimento do usuário?</b>	<b>(n = 38)</b>	
O usuário chega cedo e fica na fila para pegar ficha/senha	7	18,4
O usuário é atendido por ordem de chegada	23	60,5
A equipe identifica usuários com maior risco e/ou vulnerabilidade	6	15,8

Outros	2	5,3
<b>5. Qual é a principal forma de agendamento da primeira consulta odontológica?</b>	<b>(n = 39)</b>	
Na recepção da UBS, junto com o agendamento para os demais profissionais	27	69,2
No próprio consultório odontológico, pela equipe de saúde bucal	11	28,2
Pelo Agente Comunitário	1	2,6
<b>6. Qual a principal forma de marcação de consulta para a continuidade do tratamento odontológico?</b>	<b>(n = 37)</b>	
A próxima consulta é marcada no final da consulta anterior	25	67,6
A próxima consulta é marcada pela Equipe de Saúde Bucal e depois comunicada para o usuário	1	2,7
A próxima consulta é marcada pelo usuário na UBS (agendada posteriormente)	8	21,6
É solicitado ao usuário que venha a UBS no dia de marcação de consulta para Saúde Bucal (sem agendamento prévio)	1	2,7
No dia da consulta é preciso ficar na fila e pega senha para o atendimento	2	5,4

Fonte: A autora, 2025.

Considerando ainda os resultados da Tabela 21, dos 37 dentistas, 32 (86,5%) afirmaram que a equipe de saúde bucal utiliza protocolos que orientem o encaminhamento dos pacientes para outros níveis de atenção na rede de saúde e 33 (89,2%) afirmaram ainda que o cirurgião-dentista encaminha os usuários para os especialistas com informações sobre o atendimento.

Do total de profissionais, 22 (59,5%) destacaram ainda que a Equipe de Saúde Bucal obtém contrarreferência dos especialistas dos usuários encaminhados com informações sobre o atendimento e 28 (75,7%) responderam que a Equipe de Saúde Bucal possui o registro dos usuários encaminhados para outro ponto de atenção (Tabela 21).

No que concerne à realização de ações de prevenção e diagnóstico do câncer de boca pela Equipe de Saúde Bucal, 30 (81,1%) responderam que sim e 20 (54,1%) enfatizaram ainda que a referida equipe de Saúde Bucal possui referência para solicitação de biópsia para os casos com suspeita de câncer de boca (Tabela 21).

**Tabela 21: Caracterização da relação da ESB com outros pontos da rede de atenção de saúde da regional do Purus - Estado do Amazonas**

QUESTÃO	n (37)	%
<b>7. Existe oferta de atendimento de urgência odontológica na rede de saúde nos horários em que a equipe de saúde bucal não trabalha?</b>		
Sim	12	32,4
Não	25	67,6
<b>8. Existe oferta de consultas especializadas na rede de saúde para que a equipe de saúde bucal possa encaminhar o usuário?</b>		
Sim	23	62,2
Não	14	37,8
<b>9. A equipe de saúde bucal utiliza protocolos que orientem o encaminhamento dos pacientes para outros níveis de atenção na rede de saúde?</b>		
Sim	32	86,5
Não	5	13,5
<b>10. O cirurgião-dentista encaminha os usuários para os especialistas com informações sobre o atendimento?</b>		
Sim	33	89,2
Não	4	10,8
<b>11. A Equipe de Saúde Bucal obtém contrarreferência dos especialistas dos usuários encaminhados com informações sobre o atendimento?</b>		
Sim	22	59,5
Não	15	40,5
<b>12. A Equipe de Saúde Bucal possui o registro dos usuários encaminhados para outro ponto de atenção?</b>		
Sim	28	75,7
Não	9	24,3
<b>13. A Equipe de Saúde Bucal realiza ações de prevenção e diagnóstico do câncer de boca?</b>		
Sim	30	81,1
Não	7	18,9
<b>14. A Equipe de Saúde Bucal possui referência para solicitação de biópsia para casos com suspeita de câncer de boca?</b>		
Sim	20	54,1
Não	17	45,9

Fonte: A autora, 2025.

A Tabela 22 descreve os aspectos do apoio matricial à equipe de saúde bucal da regional do Purus, sendo respondidos por meio de duas questões (15 e 16). Seus resultados revelaram que, dos 37 dentistas, 26 (70,3%) responderam que a Equipe de Saúde Bucal recebe apoio de outros núcleos profissionais para auxiliar na resolução de casos considerados complexos, e de 35 respostas, 21 (60,0%) referiram que este apoio é obtido com maior frequência por meio do CEO.

**Tabela 22: Caracterização do apoio matricial à equipe de saúde bucal da regional do Purus - Estado do Amazonas**

QUESTÃO	n	%
<b>15. A Equipe de Saúde Bucal recebe apoio de outros núcleos profissionais para auxiliar na resolução de casos considerados complexos?</b>	<b>(n = 37)</b>	
Sim	26	70,3
Não	11	29,7
<b>16. De quais núcleos profissionais?</b>	<b>(n = 35)</b>	
Do CEO	21	60,0
De especialistas em odontologia da rede (exceto CEO)	2	5,7
Do NASF (Considerar eMulti)	4	11,4
Do CAPS	2	5,7
Da vigilância em saúde	1	2,9
Outros	5	14,3

Fonte: A autora, 2025.

A Tabela 23 descreve a organização da agenda e oferta de ações da equipe na regional em saúde do Juruá, a partir de seis questões (1 a 6). Nesta regional, o estudo contou com a participação de 32 dentistas, dos quais cinco (15,6%) eram do município de Carauari, 11 (34,4%) de Eirunepé, seis (18,8%) de Guajará, seis (18,8%) de Ipixuna e quatro (12,5%) do município de Itamarati.

Referindo-se às 50 respostas dos 32 dentistas, 30 (60,0%) relataram que o atendimento clínico da equipe de saúde bucal garante o atendimento por meio de demanda espontânea. Em relação ao acolhimento realizado pela equipe de saúde bucal, de 93 respostas, 27 (29,0%) aludiram à escuta da queixa do usuário, 22 (23,7%) à avaliação de sua necessidade de saúde e 27 (29,0%) à realização de seu atendimento clínico (Tabela 23).

Quanto ao principal fluxo para o acolhimento do usuário, de 37 respostas, 13 (35,1%) destacaram que o usuário chega cedo e fica na fila para pegar ficha/senha e 17 (45,9%) afirmaram que o atendimento do usuário é realizado por ordem de chegada, sendo estas duas respostas as mais frequente entre todas (Tabela 23).

**Tabela 23: Caracterização da organização da agenda e oferta de ações da equipe na regional em saúde do Juruá - Estado do Amazonas**

QUESTÃO	n	%
<b>1. Em qual dos municípios você atua como cirurgião(ã) dentista?</b>	<b>(n = 32)</b>	
Carauari	5	15,6
Eirunepé	11	34,4
Guajará	6	18,8
Ipixuna	6	18,8
Itamarati	4	12,5
<b>2. O atendimento clínico da Equipe de Saúde Bucal garante:</b>	<b>(n = 50)</b>	
Atendimento agendado/ programado	20	40,0
Atendimento de demanda espontânea	30	60,0
<b>3. No acolhimento, a Equipe de Saúde Bucal:</b>	<b>(n = 93)</b>	
Escuta a queixa do usuário	27	29,0
Avalia a necessidade de saúde do usuário	22	23,7
Agenda a consulta do usuário para outro dia/turno	9	9,7
Realiza atendimento clínico	27	29,0
Encaminha o usuário para outro serviço	7	7,5
Não realiza acolhimento	1	1,1
<b>4. Qual é o principal fluxo para o acolhimento do usuário?</b>	<b>(n = 37)</b>	
O usuário chega cedo e fica na fila para pegar ficha/senha	13	35,1
O usuário é atendido por ordem de chegada	17	45,9
A equipe identifica usuários com maior risco e/ou vulnerabilidade	6	16,2
Outros	1	2,7
<b>5. Qual é a principal forma de agendamento da primeira consulta odontológica?</b>	<b>(n = 33)</b>	
Na recepção da UBS, junto com o agendamento para os demais profissionais	18	54,5
No próprio consultório odontológico, pela equipe de saúde bucal	13	39,4
Pelo Agente Comunitário	2	6,1
<b>6. Qual a principal forma de marcação de consulta para a continuidade do tratamento odontológico?</b>	<b>(n = 32)</b>	
A próxima consulta é marcada no final da consulta anterior	11	34,4
A próxima consulta é marcada pela Equipe de Saúde Bucal e depois comunicada para o usuário	2	6,3
A próxima consulta é marcada pelo usuário na UBS (agendada posteriormente)	4	12,5
É solicitado ao usuário que venha a UBS no dia de marcação de consulta para Saúde Bucal (sem agendamento prévio)	7	21,9
No dia da consulta é preciso ficar na fila e pega senha para o atendimento	8	25,0

Fonte: A autora,2025.

Com relação à principal forma de agendamento da primeira consulta odontológica, de 33 respostas, 18 (54,5%) relataram que a mesma é realizada na recepção da UBS, junto com o agendamento para os demais profissionais. E com referência à principal forma de marcação de consulta para a continuidade do

tratamento odontológico, de 32 respostas, 11 (34,4%) apontaram que a próxima consulta é marcada no final da consulta anterior e sete (21,9%) que é solicitado ao usuário que venha a UBS no dia de marcação de consulta para Saúde Bucal, sem a necessidade de agendamento prévio (Tabela 23).

A Tabela 24 descreve a relação da ESB com outros pontos da rede de atenção de saúde dos municípios que compõem a regional do Juruá. Este bloco foi composto por oito questões (7 a 14). Seus resultados demonstraram que, a partir das respostas dos 32 dentistas, 19 (59,4%) responderam que não existe oferta de atendimento de urgência odontológica na rede de saúde nos horários em que a equipe de saúde bucal não trabalha e 25 (78,1%) responderam que também não existe oferta de consultas especializadas na rede de saúde para que a equipe de saúde bucal possa encaminhar o usuário.

**Tabela 24: Caracterização da relação da ESB com outros pontos da rede de atenção de saúde da regional do Juruá - Estado do Amazonas**

QUESTÃO	n (32)	%
<b>7. Existe oferta de atendimento de urgência odontológica na rede de saúde nos horários em que a equipe de saúde bucal não trabalha?</b>		
Sim	13	40,6
Não	19	59,4
<b>8. Existe oferta de consultas especializadas na rede de saúde para que a equipe de saúde bucal possa encaminhar o usuário?</b>		
Sim	7	21,9
Não	25	78,1
<b>9. A equipe de saúde bucal utiliza protocolos que orientem o encaminhamento dos pacientes para outros níveis de atenção na rede de saúde?</b>		
Sim	22	68,8
Não	10	21,3
<b>10. O cirurgião-dentista encaminha os usuários para os especialistas com informações sobre o atendimento?</b>		
Sim	27	84,4
Não	5	15,6
<b>11. A Equipe de Saúde Bucal obtém contrarreferência dos especialistas dos usuários encaminhados com informações sobre o atendimento?</b>		
Sim	16	50,0
Não	16	50,0
<b>12. A Equipe de Saúde Bucal possui o registro dos usuários encaminhados para outro ponto de atenção?</b>		
Sim	17	53,1
Não	15	46,9

**13. A Equipe de Saúde Bucal realiza ações de prevenção e diagnóstico do câncer de boca?**

Sim	25	78,1
Não	7	21,9

**14. A Equipe de Saúde Bucal possui referência para solicitação de biópsia para casos com suspeita de câncer de boca?**

Sim	13	40,6
Não	19	59,4

Fonte: A autora, 2025.

Considerando ainda os resultados da Tabela 24, dos 32 dentistas, 22 (68,8%) afirmaram que a equipe de saúde bucal utiliza protocolos que orientem o encaminhamento dos pacientes para outros níveis de atenção na rede de saúde e 27 (84,4%) afirmaram ainda que o cirurgião-dentista encaminha os usuários para os especialistas com informações sobre o atendimento.

Dos 32 dentistas que participaram do estudo, 16 (50,0%) destacaram ainda que a Equipe de Saúde Bucal obtém contrarreferência dos especialistas dos usuários encaminhados com informações sobre o atendimento e 17 (53,7%) responderam que a Equipe de Saúde Bucal possui o registro dos usuários encaminhados para outro ponto de atenção (Tabela 24).

No que concerne à realização de ações de prevenção e diagnóstico do câncer de boca pela Equipe de Saúde Bucal, 25 (78,1%) responderam que sim e 19 (59,4%) enfatizaram ainda que a referida equipe de Saúde Bucal não possui referência para solicitação de biópsia para os casos com suspeita de câncer de boca (Tabela 24).

A Tabela 25 descreve os aspectos do apoio matricial à equipe de saúde bucal da regional do Purus, sendo respondidos por meio de duas questões (15 e 16). Seus resultados revelaram que, dos 32 dentistas, 23 (70,3%) responderam que a e a Equipe de Saúde Bucal não recebe apoio de outros núcleos profissionais para auxiliar na resolução de casos considerados complexos, e de 21 respostas, 10 (47,6%) referiram que este apoio é obtido com maior frequência por outros meios.

**Tabela 25: Caracterização do apoio matricial à equipe de saúde bucal da regional do Juruá - Estado do Amazonas**

QUESTÃO	n	%
<b>15. A Equipe de Saúde Bucal recebe apoio de outros núcleos profissionais para auxiliar na resolução de casos considerados complexos?</b>	<b>(n = 32)</b>	
Sim	9	28,1
Não	23	71,9
<b>16. De quais núcleos profissionais?</b>	<b>(n = 21)</b>	
Do NASF (Considerar eMulti)	3	14,3
Do CAPS	4	19,0
Da vigilância em saúde	4	19,0
Outros	10	47,6

Fonte: A autora, 2025.

## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 Panorama da cobertura de saúde bucal e oferta de serviços odontológicos no Amazonas (2004-2024)

O Aumento do número de equipes de saúde bucal (eSB) no Amazonas entre 2004 e 2024 evidencia um movimento de expansão da atenção odontológica. Nesse período, o quantitativo de equipes passou de 104 no ano de 2004 para 658 em 2024 (Gráfico 1). Esses avanços estão diretamente relacionados ao fortalecimento da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) instituída em 2004, o que desde então estimulou a ampliação das equipes de saúde bucal em todo país (Brasil, 2004; Chaves *et al.*, 2017; Chaves *et al.*, 2018; Santos *et al.*, 2023; Assis *et al.*, 2024; Santos *et al.*, 2024).

Entre 2004 e 2010, o número passou de 104 para 323, representando um aumento de aproximadamente 210%. Nos anos seguintes, esse avanço continuou, ainda que em ritmo menos acelerado, chegando a 434 equipes em 2015. Já em 2016 e 2018, período marcado por instabilidade política e pela transição de governo, foi observado um comportamento mais irregular que sugerem oscilações no processo de expansão (Chaves *et al.*, 2018; Santos *et al.*, 2023). A partir de 2019, o número de equipes voltou a crescer, passando de 540 em 2019 para 627 em 2022. No ano seguinte em 2023, o Estado atingiu o maior número de eSB do período analisado, com 677 equipes. No entanto, em 2024 houve uma leve redução para 658 equipes. Esses dados evidenciam como o contexto político pode influenciar diretamente na expansão e sustentabilidade das políticas de saúde (Assis *et al.*, 2024).

No cenário nacional, em 2004 o Brasil contava com apenas 8.951 equipes de saúde bucal implantadas. Desde então, esse número aumentou de forma contínua, alcançando 29.515 equipes em dezembro de 2023 e 31.102 em dezembro de 2024, representando um crescimento de 5,37%. Esse aumento foi impulsionado, sobretudo, pela expansão das equipes vinculadas à Estratégia Saúde da Família (ESF) na modalidade I, que alcançaram 29.027 em 2024 (Santos *et al.*, 2024).

A ampliação da força de trabalho em Odontologia no Brasil nas últimas décadas tem sido acompanhada pelo crescimento no número de cursos de graduação na área.

Essa expansão se deu em grande parte com o suporte de políticas federais como o Programa Universidade para Todos (PROUNI) e o Fundo de Financiamento Estudantil (FIES), que favoreceram o acesso ao ensino superior (Santos *et al.* 2023). Segundo dados do Ministério da Educação, em setembro de 2025 o país contava com 667 cursos de Odontologia, dos quais 610 eram ofertados por instituições privadas e apenas 57 por instituições públicas. No estado do Amazonas, havia 8 cursos de graduação em funcionamento, sendo 6 de origem privada e 2 públicos. No total, são ofertadas 1.351 vagas anuais para ingresso no ensino superior na área, das quais 1.205 estão concentradas na rede privada e apenas 146 na rede pública (Brasil, 2025; (Santos *et al.*, 2023).

Esse crescimento na formação de profissionais foi refletido diretamente no número de cirurgiões-dentistas em atividade no país. De acordo com dados do Conselho Federal de Odontologia (CFO), em 2024 o Brasil contava com 404.448 dentistas com cadastro ativo. No estado do Amazonas, foram registrados 6.191 profissionais na mesma condição (CFO, 2024). Esses números podem contribuir para evidenciar disparidades regionais, o que impacta diretamente na oferta e no acesso aos serviços de saúde bucal.

Uma vez identificada a expansão no número de equipes de saúde bucal, torna-se necessário compreender de que maneira esse crescimento impactou a cobertura populacional no Estado, conforme ilustrado no Gráfico 1 e detalhado na Tabela 7. A cobertura populacional de eSB na Estratégia Saúde da Família (ESF) e na Atenção Básica (AB) permite mensurar o alcance das equipes em relação à população, oferecendo uma visão mais clara da capacidade do estado em garantir acesso à atenção odontológica ao longo dos 20 anos da PNSB.

Em âmbito nacional a cobertura de saúde bucal demonstra uma evolução constante ao longo dos anos. Entre 2007 e 2021, a cobertura das equipes vinculadas à Estratégia Saúde da Família passou de 29,89% para 46,14%, enquanto na Atenção Básica os percentuais aumentaram de 46,19% para 56,61% (Santos *et al.* 2023).

Entre 2007 e 2024 a cobertura populacional de saúde bucal no Amazonas, tanto na ESF quanto na AB, apresentaram variações importantes ao longo dos diferentes governos (Tabela 7). Em 2007, ano em que os dados começaram a ser

registrados, a cobertura na ESF era de 28,51%, enquanto que na AB era de 40,01%. Durante 2007 e 2014, observou-se uma tendência de crescimento, com a cobertura atingindo em 2014 (36,84%) na ESF e (48,01%) na AB. A partir de 2013, a cobertura de saúde bucal na ESF estabilizou-se entre 34% e 36%. No período subsequente entre 2016 e 2022, a cobertura apresentou oscilação, com leve crescimento da SB na ESF que atingiu 45,98% em 2021 e estabilidade da SB na AB, que permaneceu entorno de 47% a 52%. Esses dados sugerem uma ampliação do alcance dos serviços de saúde bucal, com variações ao longo dos governos, o que pode ser reflexo de mudanças na priorização e no financiamento das políticas de saúde. Em 2023, com a transição para uma nova gestão federal, foi registrado um crescimento na cobertura de equipes de saúde bucal. Na ESF a cobertura passou de 46,14% em 2022 para 52,47% em 2023. Já na AB o aumento foi de 52,44% para 58,93% no mesmo período, representando um avanço nos percentuais observados.

Na Regional Purus, foi identificada uma cobertura de saúde bucal heterogênea entre os municípios. Tapauá e Lábrea apresentaram cobertura de 100%, o que sugere a presença de equipes em quantidade compatível com a população estimada para atendimento. Em Boca do Acre, a cobertura também foi elevada, alcançando 87,59%. Por outro lado, municípios como Pauini (54,19%) e Canutama (61,35%) evidenciam desigualdades no acesso ao cuidado odontológico, mesmo dentro de uma mesma regional de saúde (Tabela 5).

Na Regional de Saúde do Juruá, também foi observado um padrão desigual na cobertura das equipes de saúde bucal entre os municípios. Envira e Guajará atingiram 100% de cobertura, enquanto Itamarati, Eirunepé e Ipixuna apresentaram valores elevados, com 94,63%, 93,60% e 85,14%, respectivamente. Por outro lado, Carauari registrou o menor índice da regional, com 60,01% (Tabela 6). Esses dados revelam as distintas capacidades de organização e implantação das ações de saúde bucal. Em ambas as regiões foram encontradas variações entre os municípios analisados.

O território do Amazonas apresenta características singulares que impactam diretamente a forma de organização e oferta dos serviços de saúde. A sazonalidade dos rios, marcada pela alternância entre períodos de cheia e vazante, condiciona os deslocamentos da população e, conseqüentemente, o acesso aos tratamentos de

saúde, incluindo os odontológicos. Essa dinâmica repercute na regularidade da produção registrada, uma vez que os usuários frequentemente enfrentam longas distâncias e dificuldades logísticas para alcançar os serviços. Nesse contexto, a própria configuração territorial contribui para compreender as variações observadas na produção ambulatorial ao longo dos meses, o cenário é caracterizado por Kadri *et al.* (2022) como um “território líquido”.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito à densidade demográfica do Amazonas, que é de apenas 2,53 habitantes por quilômetro quadrado, uma das mais baixas do país. Essa característica, associada à grande extensão territorial e à predominância de áreas rurais e ribeirinhas, condiciona o acesso da população aos serviços de saúde a longos deslocamentos, frequentemente realizados por transporte fluvial. Nesse sentido, a baixa densidade populacional, em conjunto com a configuração territorial do estado, ajuda a compreender os limites e desafios no acesso à Atenção Básica e, conseqüentemente, aos serviços de saúde bucal no Amazonas (Garnelo *et al.*, 2017; Lima *et al.*, 2021; Schweickardt *et al.*, 2021).

Apesar da cobertura elevada que foi registrada em alguns dos municípios do interior do Amazonas, como Tapauá, Lábrea, Envira e Guajará, isso não assegura o acesso efetivo e contínuo da população aos serviços odontológicos. O cálculo para determinar a cobertura estimada se baseia na razão entre equipes cadastradas e população, desconsiderando variáveis territoriais que impactam diretamente na oferta e na utilização dos serviços. No estado, a logística de deslocamento é altamente influenciada pelas condições dos rios e pelas suas variações sazonais (Schweickardt *et al.*, 2021). Soma-se a isso a baixa densidade populacional e a dispersão geográfica das comunidades, especialmente rurais e ribeirinhas, o que acaba impondo desafios permanentes à operacionalização da AB. Esses elementos ajudam a compreender por que a cobertura, ainda que elevada, não necessariamente se traduz em acesso real aos cuidados odontológicos.

Para avaliar se a população está realmente acessando aos serviços de saúde bucal, não basta considerar apenas a cobertura estimada. É necessário recorrer a indicadores que reflitam a utilização efetiva dos serviços disponíveis, permitindo uma análise mais concreta sobre a relação entre oferta e demanda. Esses instrumentos

auxiliam o acompanhamento das políticas públicas de saúde ao traduzirem dados em parâmetros mensuráveis de interesse coletivo (França *et al.* 2018; Leme *et al.*, 2021)

A literatura destaca que os indicadores funcionam como registros de partes específicas da realidade, semelhantes a fotografias que capturam momentos isolados de um cenário maior. Por isso, a interpretação conjunta de diferentes indicadores amplia a capacidade de representação do contexto observado, fornecendo subsídios mais robustos para a gestão e o planejamento das ações em saúde (Januzzi, 2012; Leme *et al.* 2021).

Dessa forma, a cobertura da primeira consulta odontológica programática corresponde ao indicador que mensura o acesso da população a um atendimento inicial planejado, que envolve avaliação geral de saúde, exame clínico odontológico, diagnóstico e elaboração de um plano preventivo-terapêutico, devidamente registrado em prontuário (Brasil, 2025). No Amazonas, esse indicador adquire importância adicional devido às características territoriais e geográficas que dificultam a organização e a oferta dos serviços de saúde. Essas condições podem influenciar diretamente a atuação das equipes de Saúde Bucal e conseqüentemente a garantia desse primeiro contato estruturado com o cuidado odontológico.

O indicador de primeira consulta odontológica no Amazonas apresentou um crescimento expressivo entre 2004 e 2015, passando de 11,11% em 2004 para o pico de 32,05% em 2015 (Tabela 8). A partir desse período, observou-se uma tendência de queda, já perceptível ainda em 2016, quando os valores reduziram para 13,16% e atingiram apenas 2,61% em 2019, revelando que a retração já ocorria no período pré-pandêmico. Em 2020, com a suspensão dos atendimentos eletivos em função da pandemia de COVID-19, o indicador alcançou seu menor registro durante os 20 anos da PNSB com 0,57%. Nos anos seguintes, manteve-se em níveis muito baixos, com discreta estabilização em 2021 (0,59%) e 2022 (0,68%). Somente em 2023, já em uma nova gestão federal, começaram a surgir sinais de recuperação, quando o valor registrado atingiu 2,05%.

No Pará, Silva *et al.* (2013) analisou os indicadores de saúde bucal na Atenção Básica e Especializada no período de 2001 a 2010, observando que a cobertura da primeira consulta odontológica em 2010 foi de 14,60%. Esse percentual mostrou-se

próximo tanto do valor encontrado em âmbito nacional (13,3%) quanto do registrado no Amazonas no mesmo ano (11,72%). Essa aproximação evidencia que, naquele período, os indicadores do Norte acompanhavam a tendência observada no país, situando-se dentro de um mesmo nível de cobertura (Silva *et al.* 2013).

Santos *et al.* (2023) realizou um estudo em nível nacional sobre a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), analisando suas rupturas e transformações no período de 2018 a 2021. A pesquisa apresentou resultados relacionados aos indicadores dos serviços de saúde, tanto na Atenção Básica (AB) quanto na Atenção Especializada (AE). Ao traçar uma série histórica, os autores demonstraram que, no Brasil, o número absoluto de primeiras consultas odontológicas apresentou crescimento até 2015, quando alcançou 14,6% de cobertura da população. A partir de 2016, verificou-se uma queda contínua, passando para 10,5% e atingindo o valor mais baixo da série em 2020, com apenas 1,7%. Em 2021, observou-se discreta recuperação, alcançando 1,8%. Esses achados apresentados por Santos *et al.* (2023) convergem com os resultados identificados no Estado do Amazonas, reforçando que a redução desse indicador não se trata de um fenômeno isolado, mas de uma tendência observada em âmbito nacional.

O indicador de escovação dental supervisionada é uma medida estratégica para a prevenção de agravos em saúde bucal, ao incentivar práticas que buscam reduzir a necessidade de tratamentos de maior complexidade. Seu objetivo é mensurar a proporção da população alcançada por ações coletivas de escovação acompanhadas de orientação profissional, sua aplicabilidade permite avaliar se as ações das eSB estão caminhando para um modelo pautado na promoção e prevenção em saúde bucal (Brasil, 2025).

No Estado do Amazonas, a cobertura de ação coletiva de escovação dental supervisionada apresentou uma redução acentuada ao longo da série histórica. Após oscilações registradas nos períodos entre 2006 e 2015, com destaque para o valor mais elevado em 2008 (3,85%), o indicador manteve certa estabilidade até alcançar 2,29% em 2015 (Tabela 8). A partir desse período, contudo, observa-se uma trajetória predominantemente regressiva. Em 2016, o indicador reduziu para 1,53%, mantendo tendência de queda progressiva até atingir 0,35% ao final da gestão. Em 2019,

considerado um período pré-pandêmico, a cobertura permaneceu em um patamar baixo, com 0,47%, indicando que o declínio já estava consolidado antes da crise sanitária. Nos anos seguintes, sob forte impacto da pandemia de COVID-19, o indicador registrou seus piores desempenhos, praticamente zerando em 2020.

Esse cenário acompanha a tendência observada em âmbito nacional. Estudos conduzidos por Santos *et al.* (2023) e Chaves *et al.* (2017; 2018) apresentam uma análise histórica do indicador de escovação dental supervisionada no Brasil, evidenciando uma trajetória de declínio após 2015, em consonância com o que foi identificado no Amazonas. O dado que mais se destaca, entretanto, refere-se ao período de 2020-2021, quando foi registrada uma redução aproximada de 80% no indicador em comparação aos anos anteriores. Nesse intervalo, os valores chegaram a 0,06% em 2020 e 0,02% em 2021, revelando que, embora o desempenho já fosse insatisfatório antes da pandemia, a crise sanitária agravou de maneira significativa a piora do acesso e da realização dessa ação coletiva em nível nacional.

Então mesmo diante da ampliação da oferta de serviços e da manutenção da cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal, os indicadores da Atenção Básica apresentam uma tendência de queda, a nível nacional, a partir de 2015, sugerindo desafios persistentes na efetividade do cuidado ofertado (Santos, *et al.* 2023).

A redução observada nos dois primeiros anos da pandemia pode estar associada às medidas de distanciamento social implementadas no período, que incluíram a suspensão de atividades coletivas de saúde bucal e a interrupção das aulas presenciais nas redes de ensino, dificultando a realização de ações como a escovação dental supervisionada (Santos, *et al.* 2023). Durante a pandemia, ainda que algumas equipes tenham conseguido manter atividades educativas em saúde por meio do Programa Saúde na Escola utilizando ferramentas digitais, tais iniciativas ocorreram de forma limitada e restrita. As dificuldades de acesso a equipamentos, à internet de qualidade e a habilidades tecnológicas acentuaram desigualdades pré-existentes, reduzindo o alcance das ações de promoção e prevenção em saúde bucal no país (Fettermann, 2021; Moreira, *et al.* 2020;).

Além disso, o Conselho Federal de Odontologia (CFO) solicitou ao ministério da saúde a paralisação das atividades odontológicas em todo território nacional, o que de acordo com Santos *et al.* (2023) impactou de forma negativa a assistência odontológica ofertada à população, devido a suspensão dos atendimentos eletivos e manutenção somente das urgências para serviços de AB.

O relatório do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS/UFBA), no eixo de políticas de saúde bucal, aponta que a Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB) do Ministério da Saúde passou a enfrentar instabilidade a partir de 2016, devido às constantes mudanças em sua liderança. No governo Temer, a função foi assumida pela cirurgiã-dentista Livia Maria Almeida Coelho de Souza, enquanto na gestão Bolsonaro houve um período inicial sem ocupação do cargo, seguido por sucessivas nomeações com curta duração, incluindo a designação de um gestor sem formação em odontologia. Essa escolha gerou críticas de entidades profissionais, que denunciaram a ausência de critérios técnicos e a predominância de interesses político-partidários. Esse quadro contrasta com o período entre 2003 e 2015, quando a coordenação se manteve sob uma mesma liderança, garantindo maior estabilidade administrativa e favorecendo a continuidade das ações da Política Nacional de Saúde Bucal (Lima, *et al.* 2020; Santos, *et al.* 2023).

Embora a análise do financiamento federal não tenha sido objeto do presente estudo, a literatura evidencia elementos que ajudam a contextualizar o cenário da PNSB. Santos *et al.* (2023) identificou que entre 2003 e 2021, os repasses corrigidos pelo IPCA apresentaram crescimento até 2012, seguido de variações até 2017 e posterior queda em 2018 e 2019. Houve novo crescimento em 2020, mas os valores voltaram a diminuir em 2021. Ressalta-se que o total de 2012 se manteve como o maior montante desde a criação da PNSB, mesmo diante do aumento da população brasileira no período. A Atenção Básica concentrou historicamente a maior parcela dos repasses, com elevação de 3,2% entre 2020 e 2021, embora esse acréscimo não tenha revertido a tendência de retração observada no financiamento.

Por outro lado, dados recentes de Vilela *et al.* (2024) apontam uma mudança nesse cenário, registrando 2024 como o ano de maior repasse financeiro desde a criação da política. Após a correção monetária, verificou-se um aumento de 72,9% em

relação a 2023, consolidando-se como um marco na recomposição do financiamento federal da saúde bucal. Em números, esse montante correspondeu a R\$ 3.528.852.323,44, dos quais 71,38% foram destinados à Atenção Básica e 28,62% à Atenção Especializada.

No que se refere aos indicadores da Atenção Especializada utilizados neste estudo, foram incluídas as produções ambulatoriais relacionadas aos Centros de Especialidade odontológicas (CEO) e Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), pois se tratam de serviços que são típicos da atenção especializada, sendo eles: número absoluto de tratamentos endodônticos realizados (dentes unirradiculares, birradiculares e multirradiculares), número absoluto de próteses dentárias totais (maxilares e mandibulares); número absoluto de tratamentos periodontais (enxerto gengival, gengivoplastia/gengivectomia, tratamento cirúrgico periodontal) registrados no período analisado.

No Amazonas, a produção ambulatorial referente aos tratamentos endodônticos apresentou variações ao longo do período analisado (Tabela 10). Em 2004, o total de atendimentos registrados foi de 4.007 procedimentos, com predominância de tratamentos em dentes unirradiculares (76%). Entre 2005 e 2007, observou-se uma tendência de crescimento, alcançando 13.373 procedimentos em 2007, ano em que ainda predominaram os dentes unirradiculares, embora com queda proporcional (66%), sinalizando um possível avanço técnico de atendimento de casos mais complexos. Entre 2008 a 2010 destaca-se uma inversão no perfil dos atendimentos, com maior produção em dentes birradiculares e multirradiculares. O ano de 2009 marcou um pico na proporção de tratamentos em dentes birradiculares (56%) e um aumento expressivo nos dentes com três ou mais raízes (24%), totalizando 15.681 procedimentos. Essa mudança se intensificou em 2010, quando o número de tratamentos chegou a 23.543, sinalizando novamente o crescimento dos casos mais complexos: 46% em dentes birradiculares e 26% em dentes com três ou mais raízes.

Os dados apontaram ainda uma tendência de queda na produção ambulatorial, sendo registrada após o ano de 2010, porém com estabilização entre 2014 e 2017, registrando em torno de 10 a 13 mil tratamentos endodônticos anuais no Estado. Os

menores valores da série estão entre 2020 com 4.321 e 2021 com 8.044 procedimentos, possivelmente associados ao impacto da pandemia de COVID-19 e à suspensão dos atendimentos eletivos. A melhora registrada em 2021 é um possível reflexo da retomada das atividades ambulatoriais após o avanço da vacinação, da continuidade do financiamento federal e da reorganização dos serviços de saúde bucal, que passaram a se adaptar às normas sanitárias vigentes (Santos *et al.*, 2023).

Apesar de uma leve recuperação em 2022 e 2023, com 11.036 e 12.251 procedimentos registrados, respectivamente, observa-se nova redução em 2024, totalizando 8.169 atendimentos (Tabela 10). Além disso, observa-se que os procedimentos endodônticos realizados em dentes unirradiculares apresentaram, individualmente, maior frequência na maioria dos anos analisados. No entanto, quando agrupados os atendimentos em dentes birradiculares e multirradiculares, estes ultrapassam os unirradiculares em volume total de produção. Em 2024, por exemplo, os tratamentos em dentes unirradiculares representaram aproximadamente 43% do total realizado, enquanto os demais (birradiculares e multirradiculares) corresponderam a 57%. Esse padrão também foi identificado em 2022 e 2023, com proporções de 60% e 58%, respectivamente, para birradiculares e multirradiculares somados. A redução no número de tratamentos durante a pandemia pode estar associada à natureza dos atendimentos nos CEOs, os quais dependem do encaminhamento pela Atenção Básica. Segundo Santos *et al.* (2023), a suspensão dos procedimentos eletivos e a priorização de abordagens farmacológicas para o controle da dor, como estratégia para evitar a produção de aerossóis, impactaram diretamente a realização desses procedimentos, mesmo nos casos classificados como urgência.

Em relação a produção ambulatorial de prótese dentárias observado um salto em 2007, com a produção ultrapassando 2 mil próteses, marco mantido na maioria dos anos subsequentes (Tabela 11). Os anos de 2015 (3.057), 2019 (3.945), 2022 (4.555), 2023 (4.313), 2024 (4.013) configuram os maiores volumes registrados em todo o período. Mesmo durante os anos críticos da pandemia, como 2020 (2.801) e 2021 (2.761), os números permaneceram acima da média geral da série, com leve redução, demonstrando manutenção da oferta desse tipo de reabilitação oral.

Em 2020, também foi observado a nível nacional uma retração na produção de próteses dentárias ofertadas pelos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), o que pode estar relacionado à suspensão ou redução das atividades desses serviços no primeiro ano da pandemia. Embora procedimentos de reparo ou conserto de próteses possam ser classificados como atendimentos de urgência, a maior parte dos procedimentos ofertados pelos LRPDs corresponde a reabilitações eletivas. Soma-se a isso o fato de que grande parte do público atendido é composta por pessoas idosas, incluídas no grupo de risco para a COVID-19, o que pode ter influenciado na redução da procura e da oferta desses serviços durante esse período, conforme também apontado por Santos *et al.* (2023).

Quanto à distribuição entre as arcadas, a predominância da produção de próteses totais maxilares foi constante ao longo dos anos, oscilando entre 60% e 68% do total anual (Tabela 14). Em 2008, por exemplo, as próteses maxilares representaram 66% da produção (1.532 de um total de 2.334), e esse mesmo padrão foi mantido em 2012 (66%), 2018 (65%) e 2020 (68%). Já as próteses mandibulares oscilaram entre 32% e 40%, indicando menor volume de produção. A tendência observada reforça o padrão histórico de maior dificuldade técnica na confecção de próteses inferiores, o que pode influenciar a distribuição observada, embora outros fatores operacionais e epidemiológicos também possam estar envolvidos. Uchida *et al.* (2024) e Azevedo *et al.* (2017) também analisaram a produtividade de próteses dentárias entregues pelo SUS, observando uma maior prevalência na produção de próteses para o arco superior.

A análise da necessidade de reabilitação protética no Amazonas, conforme os dados do SB Brasil 2023, evidencia um cenário de alta demanda entre adultos e idosos. Na faixa etária de 35 a 44 anos, apenas 20,96% da população não apresenta necessidade de uso de prótese, enquanto os demais 79,04% requerem algum tipo de reabilitação, parcial ou total, seja superior ou inferior (Brasil, 2024). Esse quadro reforça a importância de se ampliar o acesso à reabilitação oral nessa faixa etária, considerando os impactos funcionais, estéticos e psicossociais decorrentes da ausência dentária. Entre os indivíduos de 65 a 74 anos, a necessidade de prótese se torna ainda maior, atingindo 73,84% da população do estado, o que inclui tanto próteses totais quanto parciais (Brasil, 2024). Apesar da elevada demanda, a

produção registrada no sistema público de saúde é consideravelmente inferior à necessidade estimada, o que sugere barreiras de acesso, seja por limitação na oferta dos serviços especializados, capacidade instalada dos laboratórios regionais ou fatores relacionados à procura por esse tipo de atendimento.

Em relação a produção ambulatorial de procedimentos periodontais no Amazonas variou consideravelmente ao longo da série histórica. Observa-se que, entre 2010 e 2017, os valores totais anuais ultrapassaram a marca de 10 mil procedimentos, com destaque para os anos de 2011 e 2012, que registraram 15.348 e 15.250 atendimentos, respectivamente (Tabela 15). Nesse período, a maior concentração era de gengivoplastia/gengivectomia, representando o procedimento mais realizado, com participação superior a 60% do total anual em diversos anos, enquanto o tratamento cirúrgico periodontal se manteve entre 29% e 40%, apresentando um leve crescimento. Já os enxertos gengivais mantiveram proporção inferior a 1% até 2015, crescendo gradualmente a partir de 2017, até atingir 36,62% em 2021 (Tabela 19).

A partir de 2017, é possível notar uma redução na quantidade total de procedimentos periodontais realizados, com queda acentuada em 2020 (1.058), primeiro ano da pandemia, e retomada nos anos seguintes. Em 2021 e 2022, a produção voltou a superar 3 mil procedimentos, com posterior aumento em 2023 e 2024, quando foram registrados 7.332 e 5.656 atendimentos, respectivamente. Esse aumento na produção pode ter relação com a convocação de especialistas através do concurso realizado na cidade de Manaus, sendo convocados no ano de 2023, representando um aumento na força de trabalho (Manaus, 2023). Nesses dois últimos anos, chama atenção a distribuição mais equilibrada entre os tipos de tratamento: os procedimentos de gengivoplastia/gengivectomia responderam por cerca de 43% a 54%, enquanto os enxertos gengivais passaram a representar entre 24% e 25% do total, consolidando uma mudança no perfil dos atendimentos ofertados. Ainda assim, o tratamento cirúrgico periodontal apresentou percentuais que oscilaram bastante nos últimos anos com 13,79% em 2021, seguido por um aumento em 2023 com 32,57 e aí novamente diminuição em 2024 com 19,98%.

Esse padrão de predominância da gengivoplastia e gengivectomia também é observado no cenário nacional, conforme dados da produção brasileira de 2008 a 2017. Em todos os anos do período analisado, esse grupo de procedimentos apresentou volume expressivamente superior aos demais, totalizando, por exemplo, 287.918 procedimentos em 2008 e 251.335 em 2017, superando amplamente os números de enxertos gengivais e tratamentos cirúrgicos periodontais (Chaves, *et al.* 2018). Esse padrão reforça a tendência de priorização dessas abordagens no cuidado periodontal especializado, tanto em âmbito nacional quanto estadual, o que pode estar relacionado à natureza de indicações clínicas desse tipo de procedimento na prática odontológica especializada.

A expansão da Atenção Especializada em Odontologia no Brasil tem ocorrido de maneira desigual entre as regiões, e o Estado do Amazonas é um exemplo da lenta evolução nesse cenário. Desde 2009, o número de CEOs permanece em 13 unidades, número considerado baixo diante da alta demanda por serviços especializados e da expansão observada em outras unidades federativas (Herkrath *et al.*, 2013). Essa estagnação é ainda mais evidente quando comparada à distribuição nacional em 2024, na qual o Brasil apresentava 1.210 CEOs, revelando um maior número de unidades nas regiões Nordeste (n=492) e Sudeste (n=415), enquanto o Norte contabiliza apenas 76 CEOs (Santos *et al.*, 2024), evidenciando a baixa cobertura na região.

Além da quantidade absoluta, a análise da concentração populacional de CEOs também revela algumas disparidades. Enquanto o Brasil apresenta uma média de 0,56 CEO por 100 mil habitantes, a região Norte apresenta a menor taxa do país, com 0,38, contrastando com o Nordeste, que possui a maior concentração (0,84/100 mil hab.), seguido pelas regiões Sudeste e Sul, ambas com 0,45 (Santos *et al.*, 2024). Essa diferença na oferta dos serviços especializados pode estar relacionada às dificuldades de acesso da população, levando a sobrecarga dos poucos estabelecimentos existentes, o que compromete a efetividade da Atenção Especializada no estado.

Apesar do aumento de 4,76% no número de LRPD implantados no Brasil entre 2023 e 2024, atingindo 3.915 laboratórios ao final de 2024, observa-se que a

distribuição regional desses serviços também permanece desigual. As regiões Nordeste (n=1.450) e Sudeste (n=1.093) concentram a maior parte dos laboratórios, enquanto a região Norte, com apenas 330 LRPD, apresenta um dos menores quantitativos do país. Mesmo considerando a cobertura populacional, a desigualdade persiste: enquanto o Nordeste possui uma razão de 2,48 LRPD para cada 100 mil habitantes, o Norte apresenta 1,69 e a média nacional é de 1,8 LRPD por 100 mil habitantes (Santos *et al.*, 2024). Esse cenário evidencia que, apesar de avanços estruturais em nível nacional, a baixa disponibilidade de laboratórios na região Norte pode representar uma barreira importante ao acesso à reabilitação protética, especialmente em estados com vasta extensão territorial e grandes vazios assistenciais, como o Amazonas.

Nesse sentido, a retomada de entrega de Unidades Odontológicas Móveis (UOM) representam estratégias importantes para superação das barreiras geográfica e das iniquidades, especialmente em regiões mais remotas e de difícil acesso. Em agosto de 2025 o Governo Federal entregou 400 UOMs e destas 27 foram destinadas ao Amazonas (Brasil, 2025; Marques, 2025). Espera-se que esses investimentos ampliem o acesso a saúde bucal e impactem positivamente os indicadores analisados. Durante a cerimônia de entrega das UOMs, chamou atenção a fala do presidente Luiz Inácio Lula da Silva que destacou:

“Eu quero que cada brasileiro e cada brasileira tenham orgulho de sorrir. O Brasil Sorridente é hoje o maior programa de saúde bucal pública do mundo, e nós estamos mostrando que quando o governo tem coração e olha para o povo, o povo volta a sorrir com esperança”

Além disso, nesta mesma cerimônia o atual Ministro da Saúde Alexandre Padilha, enfatizou a dimensão social da política de saúde bucal. Ao destacar os impactos do cuidado odontológico na vida das cotidianas das pessoas, Padilha evidenciou que o acesso a tratamentos e reabilitações representa também a recuperação da autoestima e da inclusão social. Nesse sentido, concluiu afirmando (Marques, 2025):

“Saúde bucal é dignidade, é cidadania. Quando uma pessoa tem acesso a um dentista, a uma prótese dentária, quando pode recuperar o sorriso, ela também recupera a autoestima, a coragem de procurar um emprego, de falar na sala de aula, de conviver na igreja ou na comunidade sem vergonha. Cuidar da saúde bucal é cuidar da vida inteira das pessoas, é devolver oportunidade e esperança”

## 5.2 Acesso aos serviços odontológicos nas regionais em saúde Purus e Juruá do Estado do Amazonas

Os indicadores de cobertura populacional constituem uma medida inicial importante para avaliar a disponibilidade de serviços de saúde bucal, refletindo a proporção da população potencialmente assistida pelas equipes de saúde bucal (eSB). Contudo, é importante ressaltar que a análise da cobertura não revela o acesso efetivo, que envolve a organização dos serviços, a capacidade de resolução e a integração da rede. Para compreender a realidade do acesso, foi necessário investigar a organização dos fluxos de atendimento, a integração da rede de atenção e a disponibilidade de apoio profissional, conforme relatado pelos cirurgiões-dentistas de cada regional. Sendo assim, a partir das respostas desses profissionais ao questionário, foi possível identificar as barreiras que moldam o acesso do usuário ao cuidado odontológico.

Ao comparar as duas regiões de saúde, foi observado que ambas possuem municípios com cobertura 100%, sendo dois em Juruá e dois em Purus, e nenhum município em ambas as regiões apresentou cobertura inferior a 50%. Embora os indicadores de cobertura sugiram uma aparente equidade na disponibilidade de equipes, eles mascaram algumas disparidades que determinam o acesso real ao cuidado. Como destaca Soares *et al.* (2023) os territórios da Atenção Básica na Amazônia são marcados por uma complexidade ainda maior que em outras regiões do país, com múltiplas diversidades, impondo desafios adicionais à organização do serviço, são associadas a essas dificuldades a alta rotatividade de profissionais, que podem comprometer a efetividade da cobertura formalmente estabelecida, especialmente nos municípios mais distantes da capital.

Em relação ao Bloco 1 que consistiu em analisar a organização da agenda e oferta de ações da equipe. Ao comparar as duas regiões de saúde para investigar o modelo de agendamento, foi exposto uma divergência de atendimento entre as duas regionais: Na regional Purus (Tabela 20), o modelo de atendimento predominante é o agendado/programado, relatado por 50,9% dos profissionais. Em contrapartida, na regional Juruá (Tabela 23) foi indicado por 60,0% dos dentistas o atendimento de demanda espontânea como principal modo de atendimento, apenas 40% dos

profissionais responderam que o principal tipo de atendimento seria o agendado/programado. O impacto disso, é que os fluxos organizacionais adotados influenciam diretamente na qualidade e na eficácia da atenção que é prestada aos usuários, de acordo com Rojas *et al.* (2015) o maior acesso ao sistema por meio de demanda espontânea pode estar relacionado a uma maior taxa de exodontias.

Essa diferença se aprofundou ao analisar o fluxo para continuidade do tratamento. Na regional Purus (Tabela 20), o sistema se mostrou mais estruturado: 67,6% dos profissionais afirmam que a consulta seguinte é marcada ao final da consulta anterior, garantindo a continuidade e facilitando o planejamento do tratamento. Já na regional Juruá (Tabela 23), essa prática ocorre em apenas 34,4% dos casos, evidenciando um pouco mais um sistema fragmentado, além disso métodos organizacionais como “ficar na fila e pegar senha” representaram 25% das respostas dos profissionais, tornando o usuário o principal responsável por dar seguimento ao seu cuidado. Essa diferença entre as regionais não apenas revela disparidades na organização do processo de trabalho, como também pode comprometer a adesão ao tratamento e a integralidade do cuidado odontológico.

Em um estudo realizado por Rabello *et al.* (2024) no estado do Amazonas, foram entrevistados coordenadores municipais de saúde bucal com o intuito de compreender os desafios enfrentados pelas equipes da Atenção Básica quanto à organização do cuidado odontológico. Um dos achados que dialoga diretamente com os resultados desta pesquisa diz respeito à descontinuidade do atendimento odontológico, evidenciada pela inexistência de mecanismos que assegurem o agendamento da consulta de retorno ao final do atendimento anterior. Segundo os autores, em algumas regiões de saúde do estado, os usuários precisam retornar à Unidade em dias específicos para “entrar na fila” novamente, sem garantia de atendimento, o que revela a fragilidade dos fluxos assistenciais. Esses dados corroboram os resultados encontrados na regional Juruá, onde apenas 34,4% dos dentistas relataram que a consulta subsequente é marcada ao final da anterior.

Em relação ao acolhimento odontológico na Atenção Básica, foi observado que embora as ações envolvam escuta da queixa, avaliação da necessidade e atendimento clínico em ambas as regiões, os fluxos de entrada dos usuários são

distintos. Em Purus, 60,5% dos dentistas relataram atendimento por ordem de chegada (Tabela 20), enquanto em Juruá essa prática foi menor 45,9%, sendo comum a exigência de chegada antecipada para retirada de fichas 35,1% (Tabela 23), dificultando o acesso. De forma semelhante, Rabello *et al.* (2024) identificou que, em diversos municípios do Amazonas, o acolhimento ainda depende da presença física antecipada, sem critérios de risco e/ou vulnerabilidade.

Em relação ao Bloco 2 que consistiu em analisar a relação da eSB com outros pontos da rede de atenção de saúde. A capacidade da Atenção Primária em garantir a integralidade do cuidado depende de sua articulação com a rede de atenção especializada (Soares *et al.*, 2023). Neste ponto, a disparidade entre as regionais foi ainda mais evidente. Na Regional Purus, 62,2% dos dentistas relataram a existência de oferta de consultas especializadas para encaminhamento, o que pode configurar capacidade para a resolutividade dos casos (Tabela 21). Já na Regional Juruá, apenas 21,9% afirmou possuir a oferta de consultas especializadas para que a eSB possa referenciar, a maior parte dos profissionais 78,1% afirmaram não contar com essa oferta (Tabela 24), o que compromete diretamente a continuidade do cuidado e isola o profissional em sua atuação, dificultando a realização de casos mais complexos no âmbito da atenção básica.

Em relação à utilização de protocolos que orientam o encaminhamento de pacientes para outros níveis de atenção na rede de saúde, 86,5% dos dentistas da regional Purus e 68,8% dos dentistas da regional Juruá afirmaram que suas equipes os utilizam. Complementarmente, quando questionados sobre a qualidade desses encaminhamentos, especificamente se os cirurgiões-dentistas fornecem informações claras sobre o atendimento ao referenciar usuários a especialistas, as respostas também foram majoritariamente positivas: 89,2% dos profissionais em Purus e 84,4% em Juruá confirmaram essa prática. Quando questionados se conseguem obter a contrarreferência, 59,5% dos dentistas responderam positivamente na regional Purus, enquanto que 50% também afirmaram que sim na regional Juruá, o que de certa forma é contraditório pois 78,1% do grupo havia afirmado anteriormente não conseguir ofertar as consultas especializadas.

Essa desarticulação com os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) se estende também a capacidade de rastreamento de câncer de boca. Em Purus, 54,1% dos dentistas afirmaram possuir uma referência estabelecida para a solicitação de biópsias em casos suspeitos de câncer de boca (Tabela 21). Em Juruá essa capacidade foi bem menor, com apenas 40,6% dos profissionais relatando possuir essa referência (Tabela 24). Apesar disso, 81,1% dos entrevistados da regional Purus relataram que realizam ações de prevenção e diagnóstico precoce de câncer de boca, em Juruá esse valor foi bem próximo, com 78,1% afirmando também realizar esse mesmo tipo de ação. Porém a não existência de CEO dentro da regional Juruá compromete a resolutividade da Atenção Primária, limitando o escopo de atuação dos profissionais e a capacidade de oferecer um cuidado que atenda ao princípio da integralidade no SUS. Mesmo com presença de dentistas capacitados para o rastreamento de lesões bucais, a ausência de fluxos bem definidos e de serviços especializados de referência podem comprometer o diagnóstico precoce do câncer bucal (Silva *et al.*, 2023).

Em relação ao Bloco 3, que consistiu nas perguntas relacionadas ao apoio matricial a eSB. Na Regional Purus, 70,3% dos profissionais relatam receber apoio de outros núcleos para auxiliar na resolução de casos mais complexos (Tabela 22), sendo a principal fonte desse suporte o CEO, que foi mencionado por 60% dos dentistas que recebem apoio, com isso reforçando a relação da rede com a atenção especializada, para ampliar a capacidade resolutiva das unidades de saúde.

Na Regional Juruá esse cenário foi oposto, apenas 28,1% afirmaram receber algum tipo de apoio, a maior parte dos entrevistados 71,9% informou não receber apoio (Tabela 25), nenhum profissional desta região marcou o CEO como núcleo de apoio matricial, visto que a regional não possui o mesmo. Essa ausência de suporte resulta em maior isolamento profissional e menor capacidade de resolução para casos que fogem da rotina.

Como possíveis vieses desta pesquisa, é importante considerar as limitações decorrentes do uso de dados secundários, como aqueles provenientes dos sistemas de informação em saúde, os quais podem estar sujeitos à subnotificação e inconsistências, podendo comprometer a precisão dos indicadores analisados. Para

minimizar essas limitações, foi adotado um cuidado adicional na interpretação dos resultados, incluindo a comparação com o contexto político-institucional vigente e com evidências produzidas por instituições como o Observatório de Análise Política em Saúde, que acompanha a trajetória da Política Nacional de Saúde Bucal desde sua implementação (Chaves *et al.*, 2017; Chaves *et al.*, 2018; Santos *et al.*, 2023; Assis *et al.*, 2024; Santos *et al.*, 2024). No que se refere aos dados primários, obtidos por meio de questionário eletrônico, destaca-se a possibilidade de viés nas informações prestadas pelos dentistas, em que os profissionais podem ter descrito condutas consideradas mais alinhadas às diretrizes institucionais, mesmo que não reflitam integralmente sua prática cotidiana. Embora esse tipo de viés não possa ser completamente eliminado, buscou-se atenuá-lo com a construção de perguntas objetivas e a garantia de anonimato das respostas.

Os achados desta pesquisa revelam que as ações da PNSB contribuíram para o aumento da cobertura no Estado do Amazonas. Entretanto, essa maior oferta de serviços não se converteu necessariamente em acesso efetivo. Foram identificadas disparidades entre as regiões de saúde analisadas, refletidas em diferenças na organização da agenda, no acolhimento, na continuidade do cuidado e na articulação com a atenção especializada. Esses contrastes evidenciam que a disponibilidade formal de equipes não garante, por si só, a integralidade do cuidado odontológico, especialmente em contextos de vulnerabilidade territorial. Apesar disso, a pesquisa contribui ao demonstrar avanços e apontar desafios, oferecendo subsídios para que a gestão possa planejar estratégias mais adequadas às especificidades locais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das ações da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) no Amazonas evidenciou avanços na estrutura e organização dos serviços da atenção odontológica, com ampliação da cobertura populacional e da oferta de serviços. No entanto, a consolidação do cuidado ainda é marcada por desigualdades.

Em relação à cobertura de saúde bucal e ao acesso aos serviços ofertados foi observado que, ao longo dos vinte anos de implementação da PNSB, houve uma ampliação no número de equipes e na cobertura populacional. Essa expansão, embora tenha representado um avanço importante na estruturação da atenção odontológica, não resultou, necessariamente, em maior acesso aos serviços. A análise dos indicadores evidencia que o volume de primeiras consultas odontológicas programáticas cresceu até meados da década passada, mas sofreu queda nos anos seguintes, tendência que se intensificou com a pandemia de COVID-19. No entanto, os dados mostram que esse declínio já se manifestava antes do período pandêmico. Indicadores como a realização da primeira consulta odontológica e a cobertura de escovação supervisionada, ilustram bem esse cenário. Mesmo com aumento recente, os níveis permanecem aquém dos observados nos primeiros anos da política. Esses achados sugerem que a ampliação da cobertura não foi suficiente para garantir o acesso regular e contínuo da população, revelando limitações na capacidade de resposta dos serviços frente às necessidades locais e às especificidades territoriais da região.

A produção ambulatorial de procedimentos em endodontia e periodontia, especialidades ofertadas nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), apresentaram variações ao longo dos anos, influenciadas por contextos políticos que afetaram diretamente a condução da PNSB. Foi observado uma fase inicial de expansão dos atendimentos, seguida por estabilidade e posterior redução. Em relação ao perfil dos procedimentos, os tratamentos de dentes unirradiculares prevaleceram na maior parte da série histórica, no entanto, quando somados os procedimentos em dentes birradiculares e multirradiculares, estes superaram os de unirradiculares. Quanto à periodontia, a tendência foi semelhante, crescimento contínuo, com uma leve redução e queda acentuada a partir de 2018, havendo melhora em 2023. Por outro

lado, a produção ambulatorial de próteses dentárias seguiu uma trajetória diferente das demais especialidade. Os dados mostraram um crescimento ao longo dos anos, essa tendência de expansão evidencia um esforço continuado em ampliar o acesso à reabilitação oral. Destaca-se ainda que mais de 60% das próteses confeccionadas no período analisado foram do tipo maxilar, o que pode estar relacionado a fatores clínicos.

De modo geral, observou-se uma redução nos principais indicadores dos serviços de saúde bucal. Entretanto, os dados mais recentes, referentes a 2023, apontam para uma possível retomada das ações, essa recuperação pode indicar a rearticulação de políticas públicas, exigindo monitoramento constante e planejamento que assegure a sua sustentabilidade ao longo dos anos.

O acesso e a resolutividade dos serviços odontológicos nas regiões de saúde do Purus e do Juruá demonstram cenários contrastantes, fortemente influenciados pela presença ou ausência de serviços especializados. Na regional do Purus, observou-se uma organização mais estruturada do acesso, com predominância de atendimentos agendados ou programados, maior continuidade do cuidado e presença de oferta de consultas especializadas, o que contribui para uma resolutividade mais efetiva. Por outro lado, na regional do Juruá, o acesso apresenta-se de forma mais fragmentada, marcado pelo predomínio de atendimentos por demanda espontânea e pela ausência de serviços especializados como os CEOs, comprometendo a resolutividade e a integralidade do cuidado ofertado.

A PNSB tem contribuído na organização dos serviços de saúde por meio da expansão do número de equipes e da articulação entre os diferentes níveis de atenção. No entanto, a organização se mostrou desigual, com barreiras ao acesso e à resolutividade, especialmente nas regiões mais isoladas e com menor oferta de atenção especializada. Apesar dos avanços na cobertura e na presença de equipes, a efetiva organização dos serviços ainda exige a superação de desafios estruturais e operacionais, adaptados às singularidades do contexto amazônico, para garantir um cuidado integral e equitativo. Os resultados deste estudo reforçam a necessidade de estudos contínuos que monitorem a PNSB em diferentes contextos regionais, considerando as desigualdades existentes.

## REFERÊNCIAS

AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 239-248, 2015.

ASSIS, M.F.A.; SANTOS, L.P.S.; CHAVES, S.C.L.; LIMA, A.M.F.S.; LIMA, M.S. **Observatório de Análise Política em Saúde**. Resultados da Política Nacional de Saúde Bucal em 2024 [Internet]. Salvador: OAPS; 2024. Disponível em: [https://analisepoliticaemsaude.org/wp-content/uploads/2025/06/Resultados-2024\\_eixo-Saude-Bucal.pdf](https://analisepoliticaemsaude.org/wp-content/uploads/2025/06/Resultados-2024_eixo-Saude-Bucal.pdf) . Acesso em: 27 de agosto de 2025.

AZEVEDO, J. S.; AZEVEDO, M. S.; OLIVEIRA, L. J. C.; CORREA, M. B.; DEMARCO, F. F. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010): prevalência e fatores associados. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 8, p. 1-12, 2017.

BARROS S.G.; CHAVES S.C.L.; A utilização do sistema de informações ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 1, p. 41 – 51, 2003.

BLEICHER L; CANGUSSU, M. C.T. Evolução das desigualdades na distribuição de dentistas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 11, p. 1-9, 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. Amazonas recebe reforço na saúde bucal com 27 novas Unidades Odontológicas Móveis. **Governo Federal [Gov.Br]**, Brasília, 21 de agosto de 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias-regionalizadas/brasil-sorridente/unidades-odontologicas-moveis/amazonas-recebe-reforco-na-saude-bucal-com-27-novas-unidades-odontologicas-moveis>. Acesso em: 27 de agosto de 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cobertura da Saúde Bucal, 2021. Secretária de Atenção Primária à Saúde – SAPS; Departamento de Saúde da Família – DESF. E-Gestor Atenção Básica. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>. Acesso em: 11 de maio de 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Divisão Nacional de Saúde Bucal**. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana Brasília; 1986.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 15/2025-desco/saps/ms**. Cobertura Populacional Estimada pela Estratégia Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. Disponível em:

[file:///C:/Users/drara/Downloads/SEI\\_0048789858\\_Nota\\_Tecnica\\_15%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/drara/Downloads/SEI_0048789858_Nota_Tecnica_15%20(5).pdf).  
Acesso em: 01 de agosto de 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 432, de 5 de abril de 2023**. Credencia e homologa a adesão de municípios e Distrito Federal a fazerem jus a transferência dos incentivos financeiros federais de investimento de capital e custeio referentes aos serviços e Programas no âmbito da Atenção Primária a Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.168, de 9 de dezembro de 2019**. Credencia municípios a receberem incentivo financeiro referente a Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPSD). Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.371, de 7 de outubro de 2009**. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal - Unidade Odontológica Móvel - UOM. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2371\\_07\\_10\\_2009.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2371_07_10_2009.html).  
Acesso em: 28 de agosto de 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 751, de 15 de junho de 2023**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Serviço de Especialidades em Saúde Bucal - Sesb. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em:  
<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/06/2023&jornal=515&pagina=74>. Acesso em: 29 de agosto de 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 751, de 15 de junho de 2023. Credencia municípios ao recebimento dos incentivos financeiros federais de implantação e habilitação dos Serviços de Especialidades em Saúde Bucal- Sesb, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3067\\_16\\_02\\_2024.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3067_16_02_2024.html).  
Acesso em: 29 de agosto de 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de avaliação externa do saúde mais perto de você – acesso e qualidade**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo –. Brasília, DF, 2017. Disponível em:  
[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Instrumento\\_Avaliacao\\_Ext\\_erna\\_AB\\_SB.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Instrumento_Avaliacao_Ext_erna_AB_SB.pdf). Acesso em: 24 de março de 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária a Saúde**. Ficha técnica de qualificação: b1 primeira consulta programada. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/fichas-tecnicas/equipe-de-saude-bucal/primeira-consulta-programada>. Acesso em: 29 de agosto de 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família, Coordenação-geral de Saúde bucal. **Passo a passo Laboratórios Regionais de Prótese Dentária**. Brasília, DF, 2022. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/arquivos/2022/passo\\_a\\_passo\\_lrp.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/arquivos/2022/passo_a_passo_lrp.pdf). Acesso em: 19 de maio de 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1444, de 28 de dezembro de 2000**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: **Senado Federal, 1988**. p.118. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf). Acesso em: 02 de janeiro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil Sorridente – Saúde bucal no SUS. Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**; 2023. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/maio/arquivos/cartilha\\_brasil-sorridente\\_maio-2023.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/maio/arquivos/cartilha_brasil-sorridente_maio-2023.pdf). Acesso em: 07 de agosto de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde; **Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil); Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Brasil)**. Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília; Ministério da saúde; 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Passo a passo das ações do Brasil sorridente. Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**; 2013. Disponível em: <https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/443/2018/12/BrasilSorridente.pdf>. Acesso em 14 de julho de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. **Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade**. Brasília: Ministério da Saúde; 1997. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf). Acesso em: 04 de abril de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal\\_sistema\\_unico\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf). Acesso em: 08 de agosto de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Série A - Normas e

Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica – nº17. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.** Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf)

f. Acesso em: 05 de agosto de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde**, p. 116, 2012. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_nacional\\_saude\\_bucal.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf).

Acesso em: 08 de agosto de 2023.

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. **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família.** – Brasília: Ministério da Saúde, p. 84, 2021. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_orientacoes\\_odontologica\\_covid\\_19.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_orientacoes_odontologica_covid_19.pdf). Acesso em: 04 de fevereiro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. SB Brasil 2020: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: projeto técnico. **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família.** – Brasília: Ministério da Saúde, p. 92, 2022. Disponível em:

[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/sb\\_brasil\\_2020\\_projeto\\_tecnico.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/sb_brasil_2020_projeto_tecnico.pdf). Acesso em: 07 de abril de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Fundação Serviços de Saúde Pública.** Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, Zona urbana, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

BRASIL. Ministério da Educação. **Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior**, Cadastro e-MEC. 2025. Disponível em:

<https://emec.mec.gov.br/emec/nova>. Acesso em: 01 de setembro de 2025.

CFO, **Conselho Federal de Odontologia.** Sistema de Cadastro, 2024 Disponível em: <https://website.cfo.org.br/dados-estatisticos-de-profissionais-e-entidades-ativas-por-localidade/>. Acesso em: 08 de maio de 2024.

CFO, **Conselho Federal de Odontologia**. Sistema de Cadastro, 2024. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/estatisticas/quantidade-geral-de-entidades-e-profissionais-ativos/>. Acesso em: 31 de janeiro de 2024.

CFO, **Conselho Federal de Odontologia**. Sistema de Cadastro, 2024. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/dados-estatisticos-de-profissionais-e-entidades-ativas-por-localidade/>. Acesso em: 08 de maio de 2024.

CHAVES, S.C.L.; ALMEIDA, A.M.F.L.; REIS, C.S.; ROSSI, T.R.A.; BARROS, S.G. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. **Saúde Debate**, v. 42, n. 2, p. 76-91, 2018.

CHAVES, S.C.L.; ALMEIDA, A.M.F.L.; ROSSI, T.R.A.; SANTANA S.F.; BARROS, S.G.; SANTOS, C.M.L. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1791-1803, 2017.

CHAVES, Sônia Cristina Lima. Política de Saúde no Brasil – Teoria e prática. Salvador: **EDUFBA**, 2016.

CNES, Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde. **Secretária de Atenção à Saúde**, 2024. Disponível em: [https://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Profissional\\_com\\_CBO.asp/](https://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp/). Acesso em: 07 de maio de 2024.

CNES, Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde. **Secretária de Atenção à Saúde**, 2024. Disponível em: [https://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Profissional\\_com\\_CBO.asp](https://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp). Acesso em: 07 de maio de 2024.

Conselho Nacional de Saúde, 2016. **Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acessado em: 10 de agosto de 2023.

EI KADRI, M.R.; SCHWEICKARDT, J.C.; FREITAS, C.M. Os modos de fazer saúde na Amazônia das Águas. **Interface (Botucatu)**, v. 26, 2022.

FELIPE, L.P.; SILVA, M.J.N.; VASCONCELOS, P.F.; LEITE, A.C.R.M.; MELO, E.S.J.; NOGUEIRA, M.R.N. Impactos da pandemia covid-19 nos cuidados e na saúde bucal infantil na perspectiva dos pais. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 96, n. 38, 2022.

FETTERMANN, F.A.; SILVEIRA, M.G.S.; ESCOBAR, T.A.; VALENÇA J.A.P.; SGANZERLA, F.L.; PESSANO, R.F.R.; MANSILHA, L.V.Q.; CUNHA, F.I.J.; NUNES, C.S. Programa de saúde na escola e o alinhamento de ações na prevenção do coronavírus. **Research, Society and Development**, v.10, n.5, 2021.

FRANÇA, M.A S.A.; FREIRE, M.C.M.; PEREIRA, E.M.; MARCELO, V.C. 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, n. 1, p. 18-24, 2018.

GARNELO, L.; SOUSA A.B.L.; SILVA, C. O. Regionalização em saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1225-1234, 2017.

GERHARDT, T.E.; SILVEIRA, D.T. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. **Métodos de pesquisa**. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/cursopqdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em: 14 de janeiro de 2024.

GIL, A. C. Estudo de Caso. Fundamentação Científica – subsídios para coleta e análise de dados – como redigir o relatório. São Paulo: **Atlas**, 2009.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Brasileiro de 2022**. Amazonas: IBGE, 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/panorama>. Acesso em 12 de janeiro de 2024.

JANUZZI, P.M. **Indicadores socioeconômicos na gestão pública**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES:UAB, 2012.

JUNIOR PUCCA; G. A.; GABRIEL, M.; CARRER, F.C.A.; JUNIOR PALUDETTO, M.; LUCENA, E.H.G.; MELO, N.S. Acesso e Cobertura populacional á saúde bucal após a implementação da Política nacional de Saúde Bucal “Brasil Sorridente”. **Tempus - Actas De saúde coletiva**, Brasília, v. 14, n. 1, p. 29-43, 2020.

KORNIS, G.E.M.; MAIA, L.S.; FORTUNA, R.F.P. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 197-215, 2011.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. - 5. ed. - São Paulo: Atlas 2003.

LEME, P.A.T.; SEIFFERT, O.M.L.B. Indicadores no contexto da Política Nacional de Saúde Bucal: uma revisão integrativa. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, 2021.

LIMA, A.M.F.S.; SANTOS, L.P.S.; VIEIRA, L.C.L.; NETO, J.O.; SANTOS, C.T.B.; CHAVES, S.C.L. **Observatório de Análise Política em Saúde**. Análise de Políticas de Saúde Bucal no Brasil: A Participação Social na Política Nacional de

Saúde Bucal: monitoramento das entidades odontológicas e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) no ano de 2020 [Internet]. Salvador: OAPS; 2020. Disponível em: [https://analisepoliticaemsaude.org/wp-content/uploads/2021/05/Arquivo - Participacao Social idyx3V5.pdf](https://analisepoliticaemsaude.org/wp-content/uploads/2021/05/Arquivo_-_Participacao_Social_idyx3V5.pdf). Acesso em: 27 de agosto de 2025.

LIMA, R.T.S.; FERNANDES, T.G.; JÚNIOR MARTINS, P.J.A.; PORTELA, C.S.; JUNIOR SANTOS, J.D.O.; SCHWEICKARDT, J.C. Saúde em vista: uma análise da Atenção Primária à Saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2053 - 2064, 2021.

LUCENA, E.H.G.; FREIRE, A.R.; FREIRE, D.E.W.G.; ARAÚJO, E.C.F.; LIRA G.N.W.; BRITO, A.C.M.; *et al.* Acesso em saúde bucal na atenção básica antes e após o início da pandemia de COVID19 no Brasil. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 1, n. 1, 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/819/1126>. Acesso em: 11 de agosto de 2023.

MANAUS. Prefeitura. **Edital de convocação: 3ª convocação do Concurso SEMSA para diversos cargos – 561 servidores**. Diário Oficial do Município de Manaus, edição 5535, p. 17-18, 28 fev. 2023. Disponível em: [pssmsa.manaus.am.gov.br](https://pssmsa.manaus.am.gov.br). Acesso em: 29 de agosto de 2025.

MARQUES, L. Governo Federal entrega 400 unidades odontológicas móveis para levar atendimento a 1,4 milhão de pessoas. **Governo Federal [Gov.Br]**. Ministério da Saúde, Brasília. 21 de agosto de 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/agosto/governo-federal-entrega-400-unidades-odontologicas-moveis-para-levar-atendimento-a-1-4-milhao-de-pessoas>. Acesso em: 27 de agosto de 2025.

MOREIRA, M.E.S.; CRUZ, I.L.S.; SALES, M.E.N.; MOREIRA, N.I.T.; FREIRE, H.C.; MARTINS, G.A.; AVELINO, G.H.F.; ALMEIDA, Jr. S.; POPOLIM, R.S. Metodologias e tecnologias para educação em tempos de pandemia COVID-19. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 6281-6290, 2020.

NARVAI, P.; FRAZÃO, P. Saúde bucal no Brasil muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**, 2008.

NARVAI, P.C. O caso do 'Brasil Sorridente' e perspectivas da Política Nacional de Saúde Bucal em meados do século XXI. **Tempus - Actas De Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 175-187, 2020.

OLIVEIRA, M.F. de. **Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração**. Catalão: UFG, 2011, p. 72.

PAIM, J.S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAIROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Ed.). **Epidemiologia da saúde**, Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 587-603.

PARANHOS, R.; FILHO, D.B.F.; ROCHA, E.C. da.; JÚNIOR SILVA, J.A. da; FREITAS, D. **Uma introdução aos métodos mistos**. Sociologias, Porto Alegre, n. 42, 2016, p. 384-41.

PASSOS, S. M. A. O escopo da prática do cirurgião dentista na atenção primária em saúde: estudo de caso na região metropolitana de Manaus - AM. Rio de Janeiro:[s.n.]. Tese (Doutorado) – **Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2019. p242.

RABELLO, R.E.D.; MONTEIRO, A.X.; LEMOS, S.M.; LIMA, R.T.S.; HONORATO, E.J.S. Desafios do acesso à saúde bucal na Amazônia: pesquisa exploratória com os coordenadores municipais de saúde bucal do Amazonas. **Revista Portal – Saúde e Sociedade**. v. 9, n. especial - 2, 2024.

ROJAS, G.C.S.; VAZQUEZ, F.L.; BULGARELI, J.V.; MENEGHIM, M.C.; PEREIRA, A.C. Indicadores de saúde bucal como instrumento na organização da demanda. RGO, **Revista Gaúcha Odontologia**, Porto Alegre, v. 63, n.3, p. 283-290, 2015.

RONCALLI, A.G.; CÔRTEZ, M.I.S.; PERES, K.G. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 58 – 68, 2012.

ROSSI, T.R.A.; SOBRINHO, J.E.L.; CHAVES, S.C.L.; MARTELLI, P.J.L. Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4427- 4436, 2019.

SANTOS, L.P.S.; LIMA, A.M.F.S.; CHAVES, S.C.L.; VILELA, D.M.O.C.; *et al*. Política de Saúde Bucal no Brasil: transformações e rupturas entre 2018-2021. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 5, p. 1575-1587, 2023.

SANTOS, L.P.S.; VILELA, D.M.O.C.; CHAVES, S.C.L.; ANDRADE, C.S.; ASSIS, M.F.A.; LIMA, A.M.F.S. **Observatório de Análise Política em Saúde**. Implantação da Política Nacional de Saúde Bucal no ano de 2024 [Internet]. Salvador: OAPS; 2024. Disponível em: [https://analisepoliticaemsaude.org/wp-content/uploads/2025/06/Implantacao-2024\\_eixo-Saude-Bucal.pdf](https://analisepoliticaemsaude.org/wp-content/uploads/2025/06/Implantacao-2024_eixo-Saude-Bucal.pdf). Acesso em: 27 de agosto de 2025.

SCARPARO, A.; ZERMIANI, T. C.; DITTERICH, R. G.; PINTO, M. H. B. Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente – Sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 409 - 415, 2015.

SCHERER, C.I.; SCHERER, M.D.A. Avanços e desafios da Saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n.98, 2015.

SCHWEICKARDT, J.C.; LIMA, R.T.S.; FERLA, A. A. Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes. Organizadores: Júlio César Schweickardt, Rodrigo Tobias de Sousa Lima e Alcindo Antônio Ferla. 1.ed. - Porto Alegre, RS: **Editora Rede UNIDA, Série Saúde & Amazônia**, v. 16, p. 248, 2021.

SILVA, L.S.; SANTANA K.R.; PINHEIRO, H.H.C.; NASCIMENTO, L.S. Indicadores de atenção básica e especializada em saúde bucal nos municípios do Estado do Pará, Brasil: estudo ecológico, 2001-2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22 n. 2, p. 325-334, 2013.

SILVA, M.G.O.S.; CARVALHO, M.J.N.; BARROS, P.A.G.; PEDROSA, A.E.J.; TORRES, D.S.L.; VASCONCELOS, E.O.; VASCONCELOS, L.S.B.; FLORENCIO, L.A.; JORGE, M.V.; GARCIA, R.O.P.; SANTOS, T.A.A.; VALENÇA, T.R. Diagnóstico precoce de câncer bucal na Atenção Primária: o papel do cirurgião-dentista da ESF e a indicação oportuna de biópsias. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**. v. 7, n.7, p. 263-272, 2025.

SOUZA, G. C. A.; KUSMA, S. Z.; MOYSÉS, S. J.; RONCALLI, A. G. Implantação da Política Nacional de Saúde Bucal e sua influência sobre a morbidade bucal em capitais brasileiras na primeira década do século XXI. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 37, n. 12, p. 409 – 415, 2021.

UCHIDA, T. H.; UCHIDA, D. T.; UCHIDA, N. S. Análise da cobertura de próteses dentárias nas macrorregiões de saúde paranaense. **Revista Contemporânea**, Pernambuco, v. 4, n. 3, p. 1-15, 2024.

VILELA, D.M.O.C.; CHAVES, S.C.L.; ROSSI, T.R.A.; ANDRADE, C.S. **Observatório de Análise Política em Saúde**. Análise de Políticas de Saúde Bucal no Brasil: Financiamento Federal da Política Nacional de Saúde Bucal em 2024 [Internet]. Salvador: OAPS; 2024. Disponível em: [https://analisepoliticaemsaude.org/wp-content/uploads/2025/06/Financiamento-2024\\_-eixo-Saude-Bucal.pdf](https://analisepoliticaemsaude.org/wp-content/uploads/2025/06/Financiamento-2024_-eixo-Saude-Bucal.pdf). Acesso em: 27 de agosto de 2025.

## APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

### Convite para participação da pesquisa

1.Objetivos e Procedimentos: Convidamos o Sr(a) a participar da pesquisa intitulada “**Avaliação da implementação das ações da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente no contexto do Estado do Amazonas**”, sob a responsabilidade da pesquisadora mestranda Carla Rafaela Gomes da Silva e Orientadora Profa. Dra. Shirley Maria de Araújo Passos, que possui como Objetivo Geral: Avaliar a orientação da saúde bucal através das ações da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente no contexto do Estado do Amazonas. E como objetivos específicos: Avaliar a cobertura de saúde bucal e o acesso aos serviços odontológicos nas regiões de saúde do Estado do Amazonas; analisar os dados relacionados ao crescimento das equipes de saúde bucal e os serviços odontológicos prestados à população do Estado do Amazonas; avaliar o acesso e a resolutividade dos serviços odontológicos na atenção primária e especializada nas regionais em saúde Purus e Juruá do Estado do Amazonas. A metodologia da pesquisa consiste em responder a um questionário eletrônico autoaplicável criado no Google Forms®, o qual contém dados de identificação do município dos participantes, com vistas a analisar e comparar o acesso aos serviços odontológicos na atenção primária e especializada nas regionais em saúde Purus e Juruá, focando em uma região com Centro de Especialidade Odontológica (CEO) e outra sem CEO, para identificar a resolutividade dos serviços ofertados, o questionário contém 16 perguntas. O tempo médio para responder ao questionário será cerca de 10 minutos, disponibilizado conforme link abaixo: [<https://forms.gle/vxxTRwA9mtqNWbwJ7>]. Sua participação é **voluntária** e se dará por meio de um questionário com 16 perguntas por meio do Google Forms. Se o (a) Sr(a) aceitar participar, estará contribuindo para a pesquisa, ajudando a adquirir uma compreensão maior sobre a PNSB no Estado do Amazonas, assim como suas contribuições e impactos na qualidade dos serviços oferecidos a população. Caso tenha dificuldades de utilizar esta plataforma não exite em entrar em contato com as pesquisadoras por telefone ou por e-mail. O instrumento de coleta de dados utilizado nessa pesquisa está de acordo com os Critérios de Ética na Pesquisa com Seres Humanos, conforme a Resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e entende-se que todas as pesquisas que envolvem seres humanos apresentam riscos

2.Possíveis Danos: Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Os riscos da participação nesta pesquisa são baixos. Como riscos aos possíveis participantes desta pesquisa, há a possibilidade de desconforto em responder às perguntas do questionário, o que será minimizado pela manutenção do sigilo e anonimato deles. Se o (a) Sr. (a) se sentir constrangido ao responder às perguntas, poderá informar o(a)

pesquisado(a) para esclarecimentos, de forma a diminuir o desconforto. O(a) Sr.(a) tem o direito de não responder qualquer questão que lhe traga possíveis constrangimentos ou que não queira responder, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal, podendo também se retirar da pesquisa a qualquer momento. A pesquisa não oferecerá qualquer prejuízo à sua integridade física. Todas as pessoas envolvidas na manipulação dos dados obtidos na pesquisa: pesquisador, orientando ou possíveis colaboradores tem o compromisso com a privacidade e a confiabilidade dos dados utilizados, que serão protegidos durante toda a pesquisa, preservando integralmente o anonimato do participante da pesquisa, bem como todas as informações coletadas durante todas as etapas do estudo.

Os dados da pesquisa serão armazenados em um computador e seu nome não aparecerá em nenhuma publicação, apresentação ou documento. Os dados coletados serão mantidos sob sigilo, porém como a coleta de dados não permitirá a identificação do questionário do participante durante o processo de registro, será necessário que tenha solicitado uma cópia de suas respostas via correio eletrônico para ser viável a retirada de seus dados coletados após o questionário ser respondido e enviado. Apesar da intenção de tratar todos os dados coletados com respeito aos preceitos da ética, com a intenção de manter o sigilo e com o cuidado de buscar armazenamento com o máximo de segurança, existe o risco de ataque cibernético que foge do controle dos pesquisadores, sem haver a possibilidade de prever a finalidade do mesmo nem o destino que podem sofrer os dados coletados caso ocorra esse infortúnio. No entanto, a plataforma escolhida zela pela proteção do indivíduo, segundo suas próprias diretrizes de segurança e privacidade, logo a possibilidade de haver algum contratempo que se relacione a perdas e danos dos participantes, é mínimo.

3. Liberdade de Participação: Fica claro que o(a) participante da pesquisa pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional. Este documento assegura a garantia de manutenção do sigilo e da privacidade do participante da pesquisa durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica (Item IV.3.e, da Resolução CNS nº.466 de 2012), Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016 e Resolução nº 304 de 09 de agosto de 2000.

4. Manutenção de Sigilo: Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada. Os pesquisadores se comprometem com a garantia do sigilo em relação às respostas dos participantes, as quais serão tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos, cabendo ao pesquisador, responsabilidade pelo armazenamento adequado de todos os dados coletados na pesquisa, bem como garantia do sigilo e da confidencialidade das informações dos participantes da pesquisa; Será garantida, ainda, a não identificação nominal do participante no banco de dados, a fim de garantir o seu anonimato; Uma vez concluída

a coleta de dados, será feita a tabulação de todos os dados coletados, garantindo o anonimato dos participantes e confidencialidade das informações, para um dispositivo eletrônico local não mantendo todo e qualquer registro de qualquer plataforma, ambiente compartilhado ou “nuvem”.

5. Acompanhamento, Assistência e Benefícios: Lembramos ainda que você será acompanhado (a) por um profissional formado e capacitado durante todas as etapas do estudo. (Resolução CNS nº. 446 de 2012). Como benefício da presente pesquisa será possível obter uma compreensão maior sobre a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) no Estado do Amazonas, assim como contribuir no aprimoramento contínuo das políticas de saúde bucal no contexto local. O (a) Sr. (a) não terá nenhuma despesa e não receberá nenhuma remuneração.

6. Acesso aos Resultados: Os resultados deste estudo serão analisados e publicados, para que auxilie no planejamento de políticas públicas relacionadas a saúde bucal.

7. Ressarcimento e Cobertura de Despesas: Esta pesquisa não oferecerá qualquer prejuízo à integridade física dos participantes, estando assegurados direitos à indenizações e coberturas material para reparação do dano (Resolução CNS nº. 466 de 2012. IV.3.h.IV.4.c e V.7) e à assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo, pelo tempo que for necessário (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº. 466 de 2012). Será garantido o ressarcimento de despesas/ com transporte, alimentação ou demais despesas que se façam necessárias relacionadas à sua participação na pesquisa (Item IV.3.g, da Resolução CNS nº 466 de 2012). Será assegurado o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo ao participante, pelo tempo que for necessário (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº. 466 de 2012).

8. Endereço, E-mail e Contato dos Pesquisadores: Este Termo poderá servir como comprovante para assegurar sua participação. Para qualquer outra informação, o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora e orientadora do projeto: **Profa. Shirley Maria de Araújo Passos**, no endereço Av. Carvalho Leal, 1777, Cachoeirinha, Manaus - AM, 69040-000 (ESA Escola Superior de Ciências da Saúde, telefone: (92) 99152-2410, e-mail: [smpassos@uea.edu.br](mailto:smpassos@uea.edu.br) e a mestranda **Carla Rafaela Gomes da Silva**, email: [crgds.msc23@uea.edu.br](mailto:crgds.msc23@uea.edu.br) e fone (92)99353-8062.

9. O que é o CEP: O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) se localiza na Avenida Carvalho Leal, 1777 - Cachoeirinha, Manaus/AM, Cep:69065-3/4 001; telefone (92) 99225- 6612, e-mail: [cep.uea@gmail.com](mailto:cep.uea@gmail.com), com horário de atendimento das 8:00 às 12:00 e das 14:00 às 17:00. O CEP tem como finalidade regulamentar, analisar e fiscalizar a realização de pesquisas conforme áreas de conhecimentos especificadas pelo COMITÊ NACIONAL DE ÉTICA - CONEP no âmbito das unidades compreendidas pela UEA e de outras instituições.

10. Acesso ao Registro e Consentimento: O acesso ao Registro de Consentimento será dado ao participante sempre que ele solicitar, inclusive para que o mesmo consentimento seja retirado, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa.

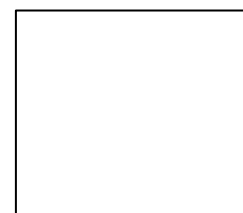
Após você ter lido este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e caso concorde em participar desta pesquisa, clique no botão “**PREENCHER FORMULÁRIO**” abaixo. Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador.

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ portador da cédula de identidade \_\_\_\_\_, após leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO declaro que li e concordo em participar da pesquisa.

Por estarem de acordo assinam o presente termo de consentimento.

Manaus, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante



\_\_\_\_\_  
Pesquisadora principal: Carla Rafaela Gomes da Silva

Impressão

Datiloscópica

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora orientadora: Profa. Dra. Shirley Maria de Araújo Passos

**APÊNDICE B - Modelo da carta de Anuência**

Autorizo realização do projeto de pesquisa intitulado "AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – BRASIL SORRIDENTE NO CONTEXTO DO ESTADO DO AMAZONAS " com objetivo geral: avaliar a orientação da saúde bucal através das ações da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente no contexto do Estado do Amazonas, a ser executado no Município de [inserir município]/AM por meio de aplicação de questionários no período de novembro de 2024 à janeiro de 2025, totalizando 92 dias. Serão convidados a participar desta pesquisa pela mestrandia Carla Rafaela Gomes da Silva e pela orientadora pela Profa. Dra. Shirley Maria de Araújo Passos, os dentistas que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) dos 11 municípios que compõem as regiões de saúde (Juruá e Purus) localizados Estado do Amazonas.

Manaus, 01 de junho de 2024

---

[Inserir Nome]

Secretária Municipal de Saúde

[Inserir os logos dos municípios no cabeçalho do texto]

## **ANEXO A – Questionário – entrevista com dentistas**

Fonte: As perguntas do questionário foram retiradas e adaptadas do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Módulo VI – Entrevista com Profissional da Equipe de Saúde Bucal e verificação de documentos na Unidade de Saúde, 2017. As presentes perguntas foram extraídas dos módulos: Organização da Agenda e Oferta de Ações da Equipe; Relação da ESB com outros Pontos da Rede de Atenção de Saúde; Atenção ao Câncer de Boca; Apoio Matricial à Equipe de Saúde Bucal.

\*Cada colaborador da pesquisa pode escolher mais de uma resposta para as perguntas ao responder o questionário.

### **1) Em qual dos municípios você atua como cirurgião(ã) dentista?**

- ( ) Boca do Acre
- ( ) Canutama
- ( ) Lábrea
- ( ) Pauini
- ( ) Tapauá
- ( ) Eirunepé
- ( ) Envira
- ( ) Carauari
- ( ) Itamarati
- ( ) Guajará
- ( ) Ipixuna

### **Bloco 1 - Organização da Agenda e Oferta de Ações da Equipe**

**2) O atendimento clínico da Equipe de Saúde Bucal garante:**

- Atendimento agendado/ programado
- Atendimento de demanda espontânea

**3) No acolhimento, a Equipe de Saúde Bucal:**

- Escuta a queixa do usuário
- Avalia a necessidade de saúde do usuário
- Agenda a consulta do usuário para outro dia/turno
- Realiza atendimento clínico
- Encaminha o usuário para outro serviço
- Não realiza acolhimento

**4) Qual é o principal fluxo para o acolhimento do usuário?**

- O usuário chega cedo e fica na fila para pegar ficha/senha
- O usuário é atendido por ordem de chegada
- A equipe identifica usuários com maior risco e/ou vulnerabilidade
- Outros

**5) Qual é a principal forma de agendamento da primeira consulta odontológica?**

- Na recepção da UBS, junto com o agendamento para os demais profissionais
- No próprio consultório odontológico, pela equipe de saúde bucal
- Pelo Agente Comunitário
- Outros

**6) Qual a principal forma de marcação de consulta para a continuidade do tratamento odontológico?**

- A próxima consulta é marcada no final da consulta anterior

- ( ) A próxima consulta é marcada pela Equipe de Saúde Bucal e depois comunicada para o usuário
- ( ) A próxima consulta é marcada pelo usuário na UBS (agendada posteriormente)
- ( ) É solicitado ao usuário que venha a UBS no dia de marcação de consulta para Saúde Bucal (sem agendamento prévio)
- ( ) No dia da consulta é preciso ficar na fila e pega senha para o atendimento
- ( ) Outros

### **Bloco 2 - Relação da ESB com outros Pontos da Rede de Atenção de Saúde**

**7) Existe oferta de atendimento de urgência odontológica na rede de saúde nos horários em que a equipe de saúde bucal não trabalha?**

- ( ) Sim
- ( ) Não

**8) Existe oferta de consultas especializadas na rede de saúde para que a equipe de saúde bucal possa encaminhar o usuário?**

- ( ) Sim
- ( ) Não

**9) A equipe de saúde bucal utiliza protocolos que orientem o encaminhamento dos pacientes para outros níveis de atenção na rede de saúde?**

- ( ) Sim
- ( ) Não

**10) O cirurgião-dentista encaminha os usuários para os especialistas com informações sobre o atendimento?**

- ( ) Sim
- ( ) Não

**11) A Equipe de Saúde Bucal obtém contrarreferência dos especialistas dos usuários encaminhados com informações sobre o atendimento?**

( ) Sim

( ) Não

**12) A Equipe de Saúde Bucal possui o registro dos usuários encaminhados para outro ponto de atenção?**

( ) Sim

( ) Não

**13) A Equipe de Saúde Bucal realiza ações de prevenção e diagnóstico do câncer de boca?**

( ) Sim

( ) Não

**14) A Equipe de Saúde Bucal possui referência para solicitação de biópsia para casos com suspeita de câncer de boca?**

( ) Sim

( ) Não

### **Bloco 3 - Apoio Matricial à Equipe de Saúde Bucal**

**15) A Equipe de Saúde Bucal recebe apoio de outros núcleos profissionais para auxiliar na resolução de casos considerados complexos?**

( ) Sim

( ) Não

**16) De quais núcleos profissionais? (Caso tenha respondido negativamente à pergunta anterior, pode deixar esta em branco)**

- Do CEO
- De especialistas em odontologia da rede (exceto CEO)
- Do NASF (Considerar eMulti)
- Do CAPS
- Da vigilância em saúde
- Outros

***A equipe da pesquisa do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) agradecem a sua participação.***



## ANEXO B – Anuência dos municípios



ESTADO DO AMAZONAS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOCA DO ACRE  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**CNPJ Nº 12.750.099/0001-28**

### **CARTA DE ANUÊNCIA** PROJETO DE PESQUISA

Autorizo realização do projeto de pesquisa intitulado "AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – BRASIL SORRIDENTE NO CONTEXTO DO ESTADO DO AMAZONAS" com objetivo geral: avaliar a orientação da saúde bucal através das ações da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente no contexto do Estado do Amazonas, a ser executado no município de **BOCA DO ACRE/AM** por meio de aplicação de questionários no período de novembro de 2024 à janeiro de 2025, totalizando 92 dias. Serão convidados a participar desta pesquisa pela mestrandia Carla Rafaela Gomes da Silva e pela orientadora pela Prof<sup>a</sup>. Dra. Shirley Maria de Araújo Passos, os dentistas que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) dos 11 municípios que compõem as regiões de saúde (Juruá e Purus) localizados Estado do Amazonas.

Boca do Acre/AM, 13 de novembro de 2024.

  
**Raimundo Nonato Félix Lopes**  
Secretário Municipal de Saúde  
Decreto Nº 101/2024

**RAIMUNDO NONATO FÉLIX LOPES**  
Secretário Municipal de Saúde  
Decreto nº 101/2024 - PMBA





ESTADO DO AMAZONAS  
Poder Executivo  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUTAMA  
CNPJ/MF nº 04.247.441/0001-43  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



## CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo realização do projeto de pesquisa intitulado "AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – BRASIL SORRIDENTE NO CONTEXTO DO ESTADO DO AMAZONAS" com objetivo geral: avaliar a orientação da saúde bucal através das ações da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente no contexto do Estado do Amazonas, a ser executado no Município de Canutama/AM por meio de aplicação de questionários no período de novembro de 2024 à janeiro de 2025, totalizando 92 dias. Serão convidados a participar desta pesquisa pela mestranda Carla Rafaela Gomes da Silva e pela orientadora pela Profa. Dra. Shirley Maria de Araújo Passos, os dentistas que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) dos 11 municípios que compõem as regiões de saúde (Juruá e Purus) localizados Estado do Amazonas.

Canutama, 04 de outubro de 2024

Mateus Martins de Freitas  
Secretário Municipal de Saúde  
Port. 075/2021 - GPMC

### Carta de Anuência

Autorizo realização do projeto de pesquisa intitulado "AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – BRASIL SORRIDENTE NO CONTEXTO DO ESTADO DO AMAZONAS" com objetivo geral: avaliar a orientação da saúde bucal através das ações da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente no contexto do Estado do Amazonas, a ser executado no Município de *[inserir município]*/AM por meio de aplicação de questionários no período de novembro de 2024 à janeiro de 2025, totalizando 92 dias. Serão convidados a participar desta pesquisa pela mestrande Carla Rafaela Gomes da Silva e pela orientadora pela Profa. Dra. Shirley Maria de Araújo Passos, os dentistas que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) dos 11 municípios que compõem as regiões de saúde (Juruá e Purus) localizados Estado do Amazonas.

Carauari/AM, 13 de setembro de 2024

  
Alessandro Pereira Nascimento  
Secretário Municipal de Saúde Interino  
Decreto nº 050/2024-GP



PREFEITURA MUNICIPAL DE EIRUNEPÉ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMSA



### TERMO DE ANUÊNCIA

Autorizo realização do projeto de pesquisa intitulado "AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – BRASIL SORRIDENTE NO CONTEXTO DO ESTADO DO AMAZONAS" com objetivo geral: avaliar a orientação da saúde bucal através das ações da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente no contexto do Estado do Amazonas, a ser executado no Município de Eirunepé-AM por meio de aplicação de questionários no período de novembro de 2024 a janeiro de 2025, totalizando 92 dias.

Serão convidados a participar desta pesquisa pela mestrandia Carla Rafaela Gomes da Silva e pela orientadora pela Prof<sup>a</sup>. Dra. Shirley Maria de Araújo Passos, os dentistas que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) dos 11 municípios que compõem as regiões de saúde (Juruá e Purus) localizados Estado do Amazonas.

Eirunepé, 13 de novembro de 2024.

Atenciosamente,

Thayana Oliveira Miranda  
Secretária Municipal de Saúde, Saneamento e Meio Ambiente.  
Decreto nº 202/2021 GABPRE/PME



### Modelo da carta de Anuência

Autorizo realização do projeto de pesquisa intitulado "AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – BRASIL SORRIDENTE NO CONTEXTO DO ESTADO DO AMAZONAS" com objetivo geral: avaliar a orientação da saúde bucal através das ações da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente no contexto do Estado do Amazonas, a ser executado no Município de Guajará/AM por meio de aplicação de questionários no período de novembro de 2024 à janeiro de 2025, totalizando 92 dias. Serão convidados a participar desta pesquisa pela mestrande Carla Rafaela Gomes da Silva e pela orientadora pela Prof<sup>a</sup>. Dra. Shirley Maria de Araújo Passos, os dentistas que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) dos 11 municípios que compõem as regiões de saúde (Juruá e Purus) localizados Estado do Amazonas.

Guajará-AM, 14 de Novembro de 2024



Braz Alves de Melo  
Secretário Municipal de Saúde  
Guajará-AM

Secretário Municipal de Saúde



### Carta de Anuência

Autorizo realização do projeto de pesquisa intitulado "AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – BRASIL SORRIDENTE NO CONTEXTO DO ESTADO DO AMAZONAS" com objetivo geral: avaliar a orientação da saúde bucal através das ações da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente no contexto do Estado do Amazonas, a ser executado no Município de Ipixuna/AM por meio de aplicação de questionários no período de novembro de 2024 à janeiro de 2025, totalizando 92 dias. Serão convidados a participar desta pesquisa pela mestranda Carla Rafaela Gomes da Silva e pela orientadora pela Profª. Dra. Shirley Maria de Araújo Passos, os dentistas que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) dos 11 municípios que compõem as regiões de saúde (Juruá e Purus) localizados Estado do Amazonas.

Manaus, 12 de setembro de 2024

THARSIS SANTOS  
COSTA:31566709873

Assinado de forma digital por  
THARSIS SANTOS  
COSTA:31566709873  
Dados: 2024.09.12 15:35:00 -05'00'

**Tharsis Santos Costa**  
Secretário Municipal de Saúde

Av. Varcy Herculano, nº 58 – Centro  
CEP: 69890-000  
Ipixuna/AM

Email:  
semsa.ipixuna@gmail.com





ESTADO DO AMAZONAS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMARATI  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
GABINETE DO SECRETÁRIO

### Carta de Anuência

Autorizo realização do projeto de pesquisa intitulado "AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – BRASIL SORRIDENTE NO CONTEXTO DO ESTADO DO AMAZONAS" com objetivo geral: avaliar a orientação da saúde bucal através das ações da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente no contexto do Estado do Amazonas, a ser executado no Município de Itamarati/AM por meio de aplicação de questionários no período de novembro de 2024 à janeiro de 2025, totalizando 92 dias. Serão convidados a participar desta pesquisa pela mestrandia Caria Rafaela Gomes da Silva e pela orientadora pela Profª. Dra. Shirley Maria de Araújo Passos, os dentistas que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) dos 11 municípios que compõem as regiões de saúde (Juruá e Purus) localizados Estado do Amazonas.

Itamarati-AM, 20 de Setembro de 2024

Sebastião Pinheiro da Silva

Secretaria Municipal de Saúde

Sebastião Pinheiro da Silva  
Secretário Municipal de Saúde



Governo do Estado do Amazonas  
Prefeitura Municipal de Lábrea  
Secretaria Municipal de Saúde



### Carta de Anuência

Autorizo realização do projeto de pesquisa intitulado "AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – BRASIL SORRIDENTE NO CONTEXTO DO ESTADO DO AMAZONAS" com objetivo geral: avaliar a orientação da saúde bucal através das ações da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente no contexto do Estado do Amazonas, a ser executado no Município de Lábrea/AM por meio de aplicação de questionários no período de novembro de 2024 a janeiro de 2025, totalizando 92 dias. Serão convidados a participar desta pesquisa pela mestrandia Carla Rafaela Gomes da Silva e pela orientadora pela Prof<sup>a</sup>. Dra. Shirley Maria de Araújo Passos, os dentistas que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) dos 11 municípios que compõem as regiões de saúde (Juruá e Purus) localizados Estado do Amazonas.

Lábrea, 27 de agosto de 2024.

Dário Vicente da Silva  
Secretário Municipal de Saúde de Lábrea

Endereço: Avenida Coronel Luiz Gomes, 1318 - Centro.  
E-mail: sms-labrea@saude.am.gov.br  
CEP: 69.830-000 - Lábrea-Amazonas



ESTADO DO AMAZONAS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PAUINI  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
**GABINETE DO SECRETÁRIO**

---

**CNPJ Nº 12.726.459/0001-56**

## **CARTA DE ANUÊNCIA**

Autorizo realização do projeto de pesquisa intitulado "AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – BRASIL SORRIDENTE NO CONTEXTO DO ESTADO DO AMAZONAS" com objetivo geral: avaliar a orientação da saúde bucal através das ações da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente no contexto do Estado do Amazonas, a ser executado no Município de Pauini/AM por meio de aplicação de questionários no período de novembro de 2024 à janeiro de 2025, totalizando 92 dias. Serão convidados a participar desta pesquisa pela mestrandia Carla Rafaela Gomes da Silva e pela orientadora pela Prof<sup>a</sup>. Dra. Shirley Maria de Araújo Passos, os dentistas que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) dos 11 municípios que compõem as regiões de saúde (Juruá e Purus) localizados Estado do Amazonas.

Pauini/AM, 01 de novembro de 2024.



---

**Dawehalleson Macena Pereira**

Secretário Municipal de Saúde

Decreto nº 115/PMP/GP-23-03-2021

---

**"DO POVO, PELO POVO, PARA O POVO"**  
Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA; Rua Danilo Correa, s/nº - Cidade Alta  
Pauini/AM - CEP: 69.860-000 – e-mail: semsapauini@gmail.com



Estado do Amazonas  
Prefeitura Municipal de Tapauá  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

### **Carta de Anuência**

Autorizo realização do projeto de pesquisa intitulado "AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – BRASIL SORRIDENTE NO CONTEXTO DO ESTADO DO AMAZONAS" com objetivo geral: avaliar a orientação da saúde bucal através das ações da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente no contexto do Estado do Amazonas, a ser executado no Município de *Tapauá/AM* por meio de aplicação de questionários no período de novembro de 2024 à janeiro de 2025, totalizando 92 dias. Serão convidados a participar desta pesquisa pela mestrande Carla Rafaela Gomes da Silva e pela orientadora pela Prof<sup>ª</sup>. Dra. Shirley Maria de Araújo Passos, os dentistas que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) dos 11 municípios que compõem as regiões de saúde (Juruá e Purus) localizados Estado do Amazonas.

Tapauá, 11 de dezembro de 2024

**CAIO FÁBIO TORRES CASTRO**  
Secretário Municipal de Saúde de Tapauá  
*Portaria N° 004/2021*



Av. Pres. Castelo Branco, 381 - CENTRO  
CEP: 69480-000 - TAPAUÁ - AMAZONAS  
E-mail: [semsa.tapaua@gmail.com](mailto:semsa.tapaua@gmail.com)

## ANEXO C – Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO AMAZONAS - UEA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação da implementação das ações da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente no contexto do Estado do Amazonas

**Pesquisador:** Carla Rafaela Gomes da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 86700324.4.0000.5016

**Instituição Proponente:** Universidade do Estado do Amazonas-UEA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 7.418.172

#### Apresentação do Projeto:

Título da Pesquisa: Avaliação da implementação das ações da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente no contexto do Estado do Amazonas

Pesquisador Responsável: Carla Rafaela Gomes da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 86700324.4.0000.5016

Submetido em: 19/12/2024

Instituição Proponente: Universidade do Estado do Amazonas-UEA

Situação da Versão do Projeto: Em relatoria

Localização atual da Versão do Projeto: Universidade do Estado do Amazonas - UEA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

A presente pesquisa adotará uma abordagem quantitativa, retrospectiva e descritiva que se concentrará na implementação das ações da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) no contexto do Estado do Amazonas, especificamente nas regionais de saúde Purus e Juruá. A região de saúde Purus possui Centro de Especialidade Odontológica (CEO), localizados em: Boca do Acre e Lábrea, porém a região de saúde Juruá não possui CEO dentro dos seus

**Endereço:** Av. Carvalho Leal, 1777

**Bairro:** Cachoeirinha

**CEP:** 69.065-001

**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**Telefone:** (92)99225-6612

**Fax:** (92)99225-6612

**E-mail:** cep@uea.edu.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 7.418.172

municípios.

O delineamento metodológico retrospectivo e descritivo, será empregado alinhado a uma abordagem quantitativa para monitorar os impactos que a Política Nacional de Saúde Bucal trouxe para o Amazonas (Chaves, 2018). De acordo com Gil, as pesquisas descritivas se concentram na descrição das características de uma população ou fenômeno, além de poderem estabelecer relações entre variáveis (Gil, 1999 apud Oliveira, 2011, p. 11). Na pesquisa quantitativa, os resultados podem ser quantificados, e as amostras, geralmente representativas da população, consideradas como um retrato real da população alvo da pesquisa, ao contrário da pesquisa qualitativa, possui um menor enfoque no contexto do objeto pesquisado (Gerhardt, 2009).

Por meio dessa metodologia, busca-se uma compreensão abrangente da evolução e impactos que a PNSB (Brasil Sorridente) trouxe para o Estado do Amazonas. A análise detalhada desses dados permitirá uma avaliação consistente das políticas de saúde bucal, contribuindo para o aprimoramento das estratégias e diretrizes na área, bem como fornecendo um panorama preciso das realizações e desafios enfrentados ao longo do período analisado. A formulação da metodologia foi baseada em estudos anteriores sobre a PNSB, mas que usaram recortes diferentes como (Junior, 2020; Chaves, 2017; Chaves, 2018; Rossi, 2019).

Resumo:

A Saúde Bucal foi formalmente integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) em 2023, através da sua inclusão na Lei Orgânica da Saúde, estabelecendo assim o direito a Saúde Bucal Universal para a população. O objetivo geral desta pesquisa é Avaliar a orientação da saúde bucal através das ações da Política Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente no contexto do Estado do Amazonas, como objetivos específicos avaliar a cobertura de saúde bucal e o acesso aos serviços odontológicos nas regiões de saúde do Estado do Amazonas; analisar os dados relacionados ao crescimento das equipes de saúde bucal e os serviços odontológicos prestados à população do Estado do Amazonas; avaliar o acesso e a resolutividade dos serviços odontológicos na atenção primária e especializada nas regionais em saúde Purus e Juruá do Estado do Amazonas. O estudo realizado será retrospectivo e descritivo, empregando uma abordagem quantitativa para avaliar a implementação que as ações da Política

Nacional de Saúde Bucal (PNSB) trouxeram para o Amazonas. O projeto desta pesquisa será

**Endereço:** Av. Carvalho Leal, 1777  
**Bairro:** Cachoeirinha **CEP:** 69.065-001  
**UF:** AM **Município:** MANAUS  
**Telefone:** (92)99225-6612 **Fax:** (92)99225-6612 **E-mail:** cep@uea.edu.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 7.418.172

submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas, com início da coleta de dados somente após a aprovação pelo CEP. Serão utilizados para a coleta dos dados, fontes de dados primários e dados secundários. Os dados primários da pesquisa serão coletados através de questionário, com 16 perguntas fechadas, com tempo médio estimado de resposta de 10 minutos, aplicados aos cirurgiões dentistas dos municípios das regionais em saúde Purus e Juruá. Os dados secundários serão coletados a partir dos sistemas de informações, serão analisados os indicadores na Atenção Básica de cobertura da primeira consulta odontológica programática e de ação coletiva de escovação dental supervisionada, para avaliar a Atenção Especializada adotaremos os indicadores de número absoluto de procedimentos de tratamento periodontal, número de tratamento endodôntico, número de próteses dentárias realizadas, essa produção é realizada somente nos Centros de Especialidades Odontológicas, sendo esses procedimentos da atenção especializada, os dados coletados serão exportados para o programa Microsoft Excel® e analisados por estatística descritiva, expressos em gráficos e tabelas. Como resultado esperado do presente projeto de pesquisa espera-se traçar um panorama dos benefícios que as ações de implementações da Política Nacional de Saúde Bucal trouxeram para a população do Estado do Amazonas, espera-se contribuir com o enriquecimento da discussão sobre políticas de saúde bucal no estado do Amazonas.

#### Introdução:

As políticas de saúde bucal foram traduzidas em ações do Estado e reconhecidas pelo poder público a partir do momento em que houve o reconhecimento de medidas específicas para tratar problemas que já não encontram soluções existentes. A construção social dos problemas de saúde bucal como problemas sociais visam identificar e definir a tomada de posição do Estado, que demandem a implementação de políticas (Rossi, 2018). A inclusão do processo político na Agenda governamental surge quando há a definição do problema como prioridade, o problema disputa a atenção junto com vários outros demais problemas e é então priorizado em uma janela de oportunidade. A Agenda responderá um conjunto de problemas sociais que foram definidos como prioridades, sendo objetos de decisão política. A estatística e a epidemiologia, são instrumentos utilizados para enfatizar e legitimar a construção social do problema que entra na Agenda decisória governamental (Chaves, 2016). No Brasil em 1986 foi realizado o

**Endereço:** Av. Carvalho Leal, 1777

**Bairro:** Cachoeirinha

**CEP:** 69.065-001

**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**Telefone:** (92)99225-6612

**Fax:** (92)99225-6612

**E-mail:** cep@uea.edu.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 7.418.172

primeiro Inquérito Nacional em Saúde Bucal, executado em 16 capitais e cobrindo apenas as zonas urbanas, a não cobertura da zona rural foi justificada devido a dispersão populacional e os custos que seriam necessários para cobrir tais áreas. Teve como objetivo conhecer os níveis de prevalência dos principais problemas odontológicos, fornecendo subsídios para um programa nacional de saúde bucal (Brasil, 1988). Esse inquérito demonstrou um índice CPO aos 12 anos de idade de 6,7, o que representava praticamente sete dentes afetados pela cárie, sendo a maior parte desses ainda não tratados. As conclusões dos levantamentos epidemiológicos mais recentes em âmbito nacional (1986, 1996, 2003 e 2010) apontam que a perda prematura de dentes é uma questão de grande magnitude, e a falta de dentes, conhecida como edentulismo, permanece como um desafio contínuo no cenário da saúde pública brasileira (Brasil, 2018). A abordagem epidemiológica tem cada vez mais se dedicado à complexidade da saúde bucal da população do Brasil. Essa investigação ultrapassa a análise restrita da saúde bucal como uma questão individual e biológica, passando a considerar os determinantes sociais, econômicos, culturais e políticos envolvidos. As pesquisas epidemiológicas nacionais têm evidenciado as transformações na saúde bucal da população, registrando uma redução da ocorrência de cárie dentária. No entanto, ainda persiste uma alta incidência de cárie não tratada em crianças, revelando desigualdades persistentes entre diferentes regiões, municípios e grupos populacionais (Souza, 2021). Com o intuito de expandir a saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi instituída em 2004 a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) - "Brasil Sorridente". A PNSB traz como pressupostos: Aprimorar a qualidade dos serviços prestados na Atenção Primária à Saúde (APS); Garantir uma rede de atenção básica articulada; Assegurar a abrangência das ações realizadas, articulando promoção, prevenção com o tratamento e recuperação da saúde bucal; Atuar com base na monitorização da saúde; planejar intervenções de acordo com os dados epidemiológicos e as informações territoriais; Além de proporcionar financiamento e estabelecer direcionamento para pesquisas a fim de embasar a prática com embasamento científico (Aquilante, 2015; Brasil, 2004). Junior, et al. (2020) aponta como um dos principais avanços do Sistema Único de Saúde (SUS) a criação do Brasil Sorridente e Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) em 2004, trazendo um novo cenário e abrindo novos horizontes para a abordagem dos cuidados em saúde bucal no Brasil. A proposta visou reestruturar o modelo de atendimento em saúde bucal e aumentar a disponibilidade de ações e serviços odontológicos, assegurando a manutenção da assistência e o fornecimento de cuidados abrangentes a indivíduos e suas famílias. Entre 2003 e 2006, foi

**Endereço:** Av. Carvalho Leal, 1777

**Bairro:** Cachoeirinha

**CEP:** 69.065-001

**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**Telefone:** (92)99225-6612

**Fax:** (92)99225-6612

**E-mail:** cep@uea.edu.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 7.418.172

observado um aumento tanto na disponibilidade quanto na potencial cobertura dos serviços. Essa situação se manteve estável nos períodos 2007-2010 e 2011-2014, porém, o contexto político tornou-se mais restritivo após o impeachment de 2016. Durante o Governo de 2016 a 2018, a instabilidade política e econômica, juntamente com medidas de contenção de gastos e a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que impôs limites e congelou os gastos públicos federais até 2036, impactaram diretamente no financiamento do SUS, abrangendo a PNSB (Santos, 2023; Chaves 2017; 2018; Rossi, 2019; Narvai, 2020). Houve um declínio no aporte financeiro federal durante os anos de 2018-2019 (8,45%), com subsequente crescimento em 2020 (59,53%) e posterior redução em 2021 (5,18%). O período sob análise foi marcado por uma combinação de crises econômicas e políticas, intensificadas pela crise de saúde originada pela pandemia do COVID-19, esse cenário exerceu influência sobre o funcionamento dos serviços de saúde no Brasil (Santos, 2023). Em 2023 após a mudança de governo, foi formalmente estabelecido o direito à saúde bucal para toda a população brasileira, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva sancionou o Projeto de Lei nº 8.131/2017, incorporando a saúde bucal à estrutura da Lei Orgânica da Saúde. Dessa maneira, a saúde bucal foi integrada permanentemente ao Sistema Único de Saúde (SUS) como parte da política de Estado, retomando seu status como uma prioridade governamental central (Brasil, 2023). Na ótica do processo saúde-doença-cuidado e na compreensão da influência de múltiplos fatores na prevalência de doenças bucais, é necessário entender não apenas a relação entre fatores biológicos, socioeconômicos, culturais e sua influência nas condições bucais, mas também compreender os fatores ligados à disponibilidade, utilização e acesso aos serviços de saúde. Além disso, a investigação da atenção à saúde bucal é relevante, especialmente quando esta passa por mudanças estruturais e processuais, todas essas variáveis são fundamentais para guiar abordagens eficazes na promoção da saúde bucal e na melhoria dos serviços disponíveis (Souza, 2021). Os progressos iniciais nas abordagens da saúde bucal, na primeira década do programa, estiveram concentrados em ações educativas, atividades de formação contínua e o estabelecimento de acolhimento, vínculo e responsabilização. No entanto, os principais desafios e dificuldades apresentadas foram relacionados à garantia da abordagem abrangente, à expansão e melhoria dos serviços, à promoção do trabalho colaborativo em equipe, ao planejamento, monitoramento e avaliação das iniciativas, assim como à melhoria das condições de trabalho, poucos estudos enfocaram no estímulo à participação popular e ao

**Endereço:** Av. Carvalho Leal, 1777

**Bairro:** Cachoeirinha

**CEP:** 69.065-001

**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**Telefone:** (92)99225-6612

**Fax:** (92)99225-6612

**E-mail:** cep@uea.edu.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 7.418.172

controle social, bem como as ações interdisciplinares (Scherer, 2015). A formação dos profissionais de saúde estava distante do que se esperava para um cuidado integral em saúde no SUS, baseado ainda em um modelo biomédico, para atenuar esse cenário, Scherer traz como sugestão a adoção de medidas contínuas na administração do trabalho e na formação, incluindo a educação permanente. Ampliando a participação ativa dos gestores e dos profissionais na compreensão das dinâmicas do trabalho, para promover mudanças substanciais alinhadas com as necessidades locais. Após 10 anos deste estudo é necessária uma nova avaliação para compreender quais desafios foram superados e quais ainda persistem, assim também como propor soluções e alternativas aos desafios que ainda persistirem (Scherer, 2015). A investigação proposta nesta pesquisa pretende avaliar a implementação das ações da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente no contexto do Estado do Amazonas, considerando a implementação da PNSB em 2004 e o de aniversário das duas décadas do programa, que serão completadas no ano de 2024. Serão destacadas suas implicações na promoção da saúde bucal e no acesso aos serviços, ao analisar as transformações ao longo do tempo e considerar os desafios e oportunidades associados, esta pesquisa visa contribuir para uma compreensão mais abrangente e embasada das dinâmicas de acesso a saúde bucal.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Avaliar a orientação da saúde bucal através das ações da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente no contexto do Estado do Amazonas.

Objetivo Secundário:

-Avaliar a cobertura de saúde bucal e o acesso aos serviços odontológicos nas regiões de saúde do Estado do Amazonas.

-Analisar os dados relacionados ao crescimento das equipes de saúde bucal e os serviços odontológicos prestados à população do Estado do Amazonas.

-Avaliar o acesso e a resolutividade dos serviços odontológicos na atenção primária e especializada nas regionais em saúde Purus e Juruá do Estado do Amazonas.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Como riscos aos possíveis participantes

**Endereço:** Av. Carvalho Leal, 1777

**Bairro:** Cachoeirinha

**CEP:** 69.065-001

**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**Telefone:** (92)99225-6612

**Fax:** (92)99225-6612

**E-mail:** cep@uea.edu.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 7.418.172

desta pesquisa, há a possibilidade de desconforto em responder às perguntas do questionário, o que será minimizado pela manutenção do sigilo e anonimato deles, informando aos mesmos que possuem o direito de não responder qualquer questão que lhe traga possíveis constrangimentos ou que não queiram responder, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal, podendo também se retirar da pesquisa a qualquer momento. A pesquisa não oferecerá qualquer prejuízo à integridade física dos participantes. Todas as pessoas envolvidas na manipulação dos dados obtidos na pesquisa: pesquisador, orientando ou possíveis colaboradores tem o compromisso com a privacidade e a confiabilidade dos dados utilizados, que serão protegidos durante toda a pesquisa, preservando integralmente o anonimato do participante da pesquisa, bem como todas as informações coletadas durante todas as etapas do estudo. Os dados da pesquisa serão armazenados em um computador e os nomes dos participantes não aparecerão em nenhuma publicação, apresentação ou documento. Os dados coletados serão mantidos sob sigilo, porém como a coleta de dados não permitirá a identificação do questionário do participante durante o processo de registro, será necessário que tenha solicitado uma cópia de suas respostas via correio eletrônico para ser viável a retirada de seus dados coletados após o questionário ser respondido e enviado. Apesar da intenção de tratar todos os dados coletados com respeito aos preceitos da ética, com a intenção de manter o sigilo e com o cuidado de buscar armazenamento com o máximo de segurança, existe o risco de ataque cibernético que foge do controle dos pesquisadores, sem haver a possibilidade de prever a finalidade do mesmo nem o destino que podem sofrer os dados coletados caso ocorra esse infortúnio. No entanto, a plataforma escolhida zela pela proteção do indivíduo, segundo suas próprias diretrizes de segurança e privacidade, logo a possibilidade de haver algum contratempo que se relacione a perdas e danos dos participantes, é mínimo.

#### Benefícios:

Como benefício da presente pesquisa será possível obter uma compreensão maior sobre a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) no Estado do Amazonas, assim como contribuir no aprimoramento contínuo das políticas de saúde bucal no contexto local.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

##### Metodologia Proposta:

A presente pesquisa adotará uma abordagem quantitativa, retrospectiva e descritiva que se concentrará na implementação das ações da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) no

<b>Endereço:</b> Av. Carvalho Leal, 1777	<b>CEP:</b> 69.065-001
<b>Bairro:</b> Cachoeirinha	
<b>UF:</b> AM	<b>Município:</b> MANAUS
<b>Telefone:</b> (92)99225-6612	<b>Fax:</b> (92)99225-6612
	<b>E-mail:</b> cep@uea.edu.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 7.418.172

contexto do Estado do Amazonas, especificamente nas regionais de saúde Purus e Juruá. A região de saúde Purus possui Centro de Especialidade Odontológica (CEO), localizados em: Boca do Acre e Lábrea, porém a região de saúde Juruá não possui CEO dentro dos seus municípios. O delineamento metodológico retrospectivo e descritivo, será empregado alinhado a uma abordagem quantitativa para monitorar os impactos que a Política Nacional de Saúde Bucal trouxe para o Amazonas (Chaves, 2018). Por meio dessa metodologia, busca-se uma compreensão abrangente da evolução e impactos que a PNSB (Brasil Sorridente) trouxe para o Estado do Amazonas. A análise detalhada desses dados permitirá uma avaliação consistente das políticas de saúde bucal, contribuindo para o aprimoramento das estratégias e diretrizes na área, bem como fornecendo um panorama preciso das realizações e desafios enfrentados ao longo do período analisado. A formulação da metodologia foi baseada em estudos anteriores sobre a PNSB, mas que usaram recortes diferentes como (Junior, 2020; Chaves, 2017; Chaves, 2018; Rossi, 2019). A coleta dos dados será realizada em duas etapas: Na primeira etapa se realizará a coleta dos dados secundários da presente pesquisa, em uma segunda etapa serão coletados os dados primários desta pesquisa. Os dados secundários serão coletados a partir dos sistemas de informação como: Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS); Sistema e-gestor do Ministério da Saúde (MS); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Os dados primários da pesquisa serão coletados a partir de questionário aplicado aos cirurgiões dentistas dos 11 municípios do Estado do Amazonas que fazem parte da Regiões de saúde Purus e Juruá. Os objetivos específicos I e II serão respondidos por meio de dados secundários coletados dos sistemas de informações, referentes ao período de 2004 a 2023. O objetivo específico III será respondido por meio dos dados primários coletados nesta pesquisa com a aplicação de questionários via Google forms. Os dados primários da presente pesquisa serão obtidos a partir de questionário (Anexo A) aplicado aos cirurgiões dentistas dos 05 municípios do Estado do Amazonas que fazem parte da Regional Purus (Boca do Acre, Canutama, Lábrea, Pauini, Tapauá); e dos 06 municípios do Estado do Amazonas que fazem parte da Regional de Saúde Juruá (Carauari, Eirunepé, Envira, Guajará, Ipixuna, Itamarati). Será utilizado o método survey que pode ser definido como a coleta de dados ou informações sobre as características ou opiniões de um grupo específico de indivíduos, que são considerados representativos de uma população alvo, através do uso de um questionário como instrumento de pesquisa (Fonseca, 2002, apud Gerhardt, 2009, p 39). Em relação ao instrumento de pesquisa para coleta de dados primários

**Endereço:** Av. Carvalho Leal, 1777

**Bairro:** Cachoeirinha

**CEP:** 69.065-001

**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**Telefone:** (92)99225-6612

**Fax:** (92)99225-6612

**E-mail:** cep@uea.edu.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 7.418.172

será o Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você, do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), estruturado pelo Ministério da Saúde. Para esta pesquisa foram extraídas perguntas especificamente do módulo VI  $\zeta$  Entrevista com Profissional da Equipe de Saúde Bucal, foram selecionadas e adaptadas 16 perguntas, essas perguntas irão compor o questionário que será dirigido aos colaboradores da pesquisa, no caso os dentistas atuantes nos municípios estudados (Brasil, 2017). As 16 perguntas do questionário serão distribuídas em três blocos, sendo eles, respectivamente: Organização da Agenda e Oferta de Ações da Equipe; Relação da ESB com outros Pontos da Rede de Atenção de Saúde; Apoio Matricial à Equipe de Saúde Bucal.

**Critério de Inclusão:**

Serão incluídos na presente pesquisa dentistas dos 05 municípios do Estado do Amazonas que fazem parte da Regional de Saúde Purus (Boca do Acre, Canutama, Lábrea, Pauini, Tapauá) e dos 06 municípios do Estado do Amazonas que fazem parte da Regional de Saúde Juruá (Carauari, Eirunepé, Envira, Guajará, Ipixuna, Itamarati) que estejam exercendo suas atividades, de ambos os sexos, que concordem em responder o questionário (Anexo A) e que concordarem e assinarem de livre e espontânea vontade o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

**Critério de Exclusão:**

Serão excluídos da pesquisa os profissionais das secretárias de saúde, cirurgiões dentistas, que por algum motivo estejam afastados ou que não se sentirem confortáveis para responder ao questionário.

**Metodologia de Análise de Dados:**

Para analisar os indicadores de saúde bucal, serão utilizados os métodos de cálculo disponíveis pelo MS, sendo eles: o número total de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado local e período, divididos pela população do mesmo local e período x 100. Número total de pessoas que participaram da atividade coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local em 12 meses

dividido por 12 e dividido pela população no mesmo local e período x 100 (Chaves, 2018). Em relação aos indicadores da atenção especializada conforme a Portaria N° 1.464 de 24 de junho de 2011, serão calculados o total de procedimentos de endodontia / periodontia. Em relação a

**Endereço:** Av. Carvalho Leal, 1777

**Bairro:** Cachoeirinha

**CEP:** 69.065-001

**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**Telefone:** (92)99225-6612

**Fax:** (92)99225-6612

**E-mail:** cep@uea.edu.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 7.418.172

prótese dentária o método de cálculo disponível pelo MS é: Número de instalações de próteses dentárias realizada pela equipe de saúde bucal, em determinado local e período, divididos pela população cadastrada em determinado local e período x 0,03. O valor de 0,03 faz parte da equação pois segundo dados obtidos no SB Brasil 2010 é estimado que pelo menos 3% da população tivesse necessidade de realizar reabilitações de prótese total maxilar ou mandibular (Brasil, 2017). Os indicadores serão exportados para o programa Microsoft Excel® versão 2010 (Microsoft Corp. Estados Unidos da América) e analisados por estatística descritiva, expressos em gráficos e tabelas. Os dados coletados a partir do questionário, por meio do método survey, serão tabulados em planilhas e analisados através do programa Microsoft Excel® versão 2010.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Folha de rosto: Preenchida adequadamente, assinada pelo pesquisador responsável e pelo diretor da Instituição proponente
- Financiamento próprio: R\$ 6.705,60
- Cronograma: do início da pesquisa em 15/03/2025 término em 21/05/2025.
- Riscos: Descritos
- Critérios de inclusão: Descritos
- Critérios de exclusão: Descritos
- Carta de anuência (Anexadas)
- TCLE: adequado
- Instrumento para coleta de dados: na Plataforma Brasil- (Anexado)

**Recomendações:**

Ver conclusão

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Trata-se de um protocolo de pesquisa com seres humanos, o mesmo atende os preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, somos pela APROVAÇÃO. Salvo o melhor juízo é o parecer.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777  
 Bairro: Cachoeirinha CEP: 69.065-001  
 UF: AM Município: MANAUS  
 Telefone: (92)99225-6612 Fax: (92)99225-6612 E-mail: cep@uea.edu.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 7.418.172

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2460338.pdf	19/12/2024 20:58:19		Aceito
Outros	INSTRUMENTO_APLICADO_VIA_FORMULARIOS_GOOGLE.pdf	19/12/2024 20:57:15	Carla Rafaela Gomes da Silva	Aceito
Outros	TERMOS_DE_ANUENCIA.pdf	19/12/2024 20:20:08	Carla Rafaela Gomes da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA.pdf	19/12/2024 19:24:57	Carla Rafaela Gomes da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/12/2024 19:24:28	Carla Rafaela Gomes da Silva	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	15/12/2024 23:46:01	Carla Rafaela Gomes da Silva	Aceito
Outros	INSTRUMENTO.pdf	02/12/2024 04:16:13	Carla Rafaela Gomes da Silva	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	02/12/2024 04:12:15	Carla Rafaela Gomes da Silva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	02/12/2024 04:05:13	Carla Rafaela Gomes da Silva	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MANAUS, 28 de Fevereiro de 2025

Assinado por:  
**ELIELZA GUERREIRO MENEZES**  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777  
Bairro: Cachoeirinha CEP: 69.065-001  
UF: AM Município: MANAUS  
Telefone: (92)99225-6612 Fax: (92)99225-6612 E-mail: cep@uea.edu.br

**ANEXO C** – Certificado de Resumo apresentado no 5º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde, realizado em Fortaleza no período de 03 a 06 de novembro de 2024

Para validar, acesse <http://www.abrascoeventos.org.br/validacao/?cod=7261091>



Certificamos que o trabalho

**POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL E A INFLUÊNCIA NA PRODUÇÃO AMBULATORIAL DE PRÓTESES DENTÁRIAS NO ESTADO DO AMAZONAS**

dos autores: CARLA RAFAELA GOMES DA SILVA; KEVEN DE OLIVEIRA COSME; TÂNIA CRISTINE LIBÓRIO PEREIRA; LARISSA MARIA REGIS DA SILVA; SÂMELA MATOZINHO DE MELO; BRUNA MIRELY DA SILVA CAVALCANTE; ELLEN CRISTINE DE OLIVEIRA SILVEIRA; REBECA ARCE GUILHERME; ANGELA XAVIER MONTEIRO; SHIRLEY MARIA DE ARAÚJO PASSOS, foi apresentado na modalidade Roda de conversa, no 5º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde ocorrido de 03 a 06 de novembro de 2024.  
06 de novembro de 2024

Realização:



Romulo Paes de Sousa  
Presidente da Abrasco

Carmem E. Leitão Araújo  
Presidenta do Congresso



## ANEXO D – Comprovação de submissão de artigo científico



Rafaela Gomes <contatos.rafaelagomes@gmail.com>

---

### Saúde e Sociedade - Manuscript ID SAUSOC-2025-0455

---

Secretaria Saúdesoc <onbehalf@manuscriptcentral.com>

4 de julho de 2025 às 18:49

Responder a: saudesoc@usp.br

Para: contatos.rafaelagomes@gmail.com

Cc: contatos.rafaelagomes@gmail.com, smdm.msc24@uea.edu.br, bmdsc.msc24@uea.edu.br, abeatriz@uea.edu.br, smpassos@uea.edu.br

04-Jul-2025

Prezado(a) Srta. Gomes da Silva:

Seu artigo intitulado "O Edentulismo como problema de saúde pública e a produção ambulatorial de próteses dentárias no Estado do Amazonas" foi enviado com sucesso e aguarda avaliação na Saúde e Sociedade.

**Em conformidade com as normas editoriais, ressaltamos que, caso seu artigo tenha sido submetido em inglês ou espanhol e seja aprovado para publicação, este deverá ser OBRIGATORIAMENTE traduzido para o português. A tradução será realizada pela revista, mas os custos devem ser pagos pelos autores segundo orientações da revista.**

Sua manuscript ID é SAUSOC-2025-0455.

**Por favor mencione sua ID em quaisquer futuras correspondências para facilitar a identificação.**

Ressaltamos que o prazo médio de avaliação é de 11 meses e que o status do seu manuscrito também pode ser verificado a qualquer momento no seu Author Center após fazer login em <https://mc04.manuscriptcentral.com/sausoc-scielo>.

Agradecemos a submissão.

[Texto das mensagens anteriores oculto]